

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° 97

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

RECHERCHES

SUR LES

FORMES CLINIQUES

DE LA SCIATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 1908

PAR

Joseph-Gérard ESTIVALS

Né à Castets (Landes), le 24 septembre 1882.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Examineurs de la Thèse :	{	MM. PITRES	professeur	Président.	
		BERGONIE	professeur		
		MONGOUR	agrégé.....		Juges
		ABADIE	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijaux — 91

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

N° 97

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

RECHERCHES

SUR LES

FORMES CLINIQUES DE LA SCIATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 1908

PAR

Joseph-Gérard ESTIVALS

Né à Castets (Landes), le 24 septembre 1882.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX



Examineurs de la Thèse :

MM. PITRES
BERGONIE
MONGOUR
ABADIE

professeur *Président.*
professeur
agrégué, } *Juges.*
agrégué, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — Rue Porte-Dijéaux — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.		MM.	
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale....	DE NABIAS.
Pathologie et théra- peutique générales.	VERGELY.	Médecine expérimen- tale.....	FERRÉ.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique ophtalmolo- gique.....	BADAL.
Médecine opératoire.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie.....	DENUCÉ.
Clinique d'accouche- ments.....	LEFOUR.	Clinique gynécologique	BOURSIER.
Anatomie pathologi- que.....	COÛNE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie.....	GENTES (chargé).	Chimie biologique...	DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Physique pharmaceu- tique.....	SIGALAS.
Physiologie.....	JOLYET.	Pathologie exotique.	LE DANTEC.
Hygiène.....	LAYET.		
Médecine légale.....	L. LANDE.		
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIE.		

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUIL.H.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez...	MOURE.
Clinique des maladies mentales	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (Pathologie interne et Médecine légale.)

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	MM. BÉGOUIN.	Accouchements.....	MM. ANDERODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle.	BEILLÉ.
			MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie.....	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MEILLEUR AMI
ROBERT ETCHEBARNE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RECHERCHES

SUR LES

FORMES CLINIQUES

DE LA SCIATIQUE

INTRODUCTION

C'est un devoir pour nous à la fin de nos études, de remercier ceux qui nous ont appris la médecine et nous l'ont fait aimer.

Nos premiers maîtres au lit du malade, furent MM. Arnoz et Dubourg; nous gardons un excellent souvenir du temps passé dans leur service.

M. Denucé, dont nous fumes l'externe, nous a toujours montré beaucoup de bienveillance: qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais les admirables leçons cliniques de M. le professeur Lanelongue, qui furent pour nous un véritable régal.

C'est dans le service de M. le professeur Pitres que nous avons passé notre dernière année d'étude. Nous avons vécu

auprès de ce bon maître, le meilleur de notre vie d'étudiant. Jamais nous n'oublierons ses magistrales leçons cliniques, pas plus que les leçons plus familières, mais aussi instructives, au lit du malade. Il ne s'est pas contenté de nous faire bénéficier de sa très haute science, il s'est surtout attaché à développer en nous cet esprit d'observation, qui est la base du grand sens clinique.

En nous faisant l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse, il ne fait qu'augmenter notre dette envers lui.

Nous le prions d'accepter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance ; faible témoignage de tout ce que nous lui devons.

A ses côtés nous avons pu connaître et apprécier M. le professeur agrégé Abadie, qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance ; qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

M. le professeur agrégé Verger a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse et nous aider largement de ses conseils. Nous le prions d'accepter ici l'hommage de notre reconnaissance.

M. le docteur Dumora, chef de clinique, et M. le docteur Dubourdieu, interne du service, ont toujours été pour nous des guides précieux et des amis. Nous les remercions bien cordialement.

HISTORIQUE

C'est à Cotugno ⁽¹⁾ (1764), que revient l'honneur d'avoir donné de la sciatique une description scientifique et de l'avoir isolée des affections articulaires avec lesquelles on la confondait.

Il commence par distinguer deux espèces de sciatique ; l'une articulaire (*ischias arthritica*), l'autre nerveuse (*ischias nervosa*).

La première a pour caractère la fixité de la douleur qui reste localisée à l'articulation coxo-fémorale ; l'autre, au contraire, sa propagation jusqu'au pied, suivant le trajet du nerf sciatique à la face postérieure du membre inférieur.

Analysant le caractère de la douleur, il distingue d'abord une douleur continue, fixe et tenace, localisée au tronc nerveux lui-même. C'est, d'après lui, cette douleur fixe du tronc nerveux qui constituerait la véritable sciatique nerveuse ; il l'explique par l'hydropisie qui affecterait le tronc du sciatique.

Il signale ensuite l'existence de vagues élancements (*punctiones*) du nerf « qui sont provoqués, dit-il, par la propagation de la douleur du tronc aux rameaux nerveux. Ces douleurs sont fugaces, elles ne constituent pas la maladie, avec la persistance qui fait le caractère véritable de la sciatique

nerveuse. Je les désignerai sous le nom de spasmes sciatiques ».

— La sciatique de Cotugno est surtout caractérisée par une douleur fixe et tenace du tronc sciatique qui a subi une altération réelle. Les spasmes sciatiques ou crises paroxystiques spontanées n'ont, à son avis, qu'une importance secondaire.

Il faut aller jusqu'à Valleix ⁽²⁾ en 1841, pour voir changer un peu la description de la sciatique. Pendant ce très long espace de temps, tous les auteurs ont rapporté la description de Cotugno.

La sciatique de Valleix a un tableau clinique tout différent de celle de Cotugno. Alors que Cotugno reléguait au second plan les spasmes douloureux et attachait surtout de l'importance à la douleur continue, Valleix prétend au contraire que ce sont les spasmes douloureux qui constituent la maladie. Il fait de la sciatique une véritable névralgie, et comme il a tracé un tableau clinique général des névralgies, il s'efforce de l'y faire rentrer.

Partant de cette loi commune à toutes les névralgies qui veut que les douleurs soient concentrées : 1^o au point d'émergence du tronc ; 2^o dans les points où un filet nerveux traverse un muscle ; 3^o dans les points où les filets nerveux s'approchent de la surface cutanée, et que la pression dans ces points exagère la douleur, il étudie surtout la topographie de ces foyers douloureux dans la sciatique et signale les treize points douloureux qui sont encore classiques.

Pour Valleix, la sciatique est une véritable névralgie, caractérisée surtout par des crises spontanées. La douleur continue a peu d'importance. Ces crises spontanées ont leur point de départ dans les points qu'il détermine, ces points sont douloureux à la pression.

Romberg ⁽³⁾ fait dans son traité un tableau clinique se rapprochant beaucoup de celui de Valleix.

Lasègue ⁽⁴⁾ en 1864, voit dans la sciatique une maladie plus complexe, il montre une maladie en évolution là où ses prédécesseurs n'ont vu qu'une série d'accidents douloureux.

Le premier, il fait une division clinique de la sciatique qu'il divise en sciatique bénigne et sciatique grave.

« La sciatique bénigne se composant d'une série d'accès douloureux plutôt que d'une douleur fixe. Son début est brutal, ses douleurs lancinantes, très fortes, intermittentes. Dans l'intervalle des accès, le malade peut marcher, sa jambe est indolore. Le pronostic est bon.

» La sciatique grave est tout autre dès le début et dans son évolution. Elle s'installe lentement à bas bruit, il s'agit d'une douleur continue que les mouvements, la marche exagèrent. Les paroxysmes sont très rares. Cette sciatique est très longue à guérir et laisse toujours un certain degré d'amaigrissement ».

Enfin, en 1875, Landouzy ⁽⁵⁾ et en 1878 son maître Fernet ⁽⁶⁾ vont plus avant dans la distinction établie par Lasègue. Landouzy signale l'atrophie musculaire comme très fréquente dans la sciatique. L'amaigrissement du membre, dit-il, est dû à l'atrophie musculaire, la peau conservant la même épaisseur ou même présentant un certain degré d'adipose du côté malade. Cette atrophie du membre n'est pas due à l'immobilisation ; les deux membres sont au repos, un seul maigrit plus que l'autre ; elle est due, vraisemblablement, à une dégénérescence, à une véritable névrite des troncs terminaux.

Il y a donc deux sortes de sciatiques : la sciatique-névralgie sans atrophie musculaire et sans altération du nerf, et la sciatique-névrite avec atrophie musculaire et altération du nerf.

A chacune de ces sciatiques correspond un type clinique différent ; dans la sciatique-névralgie : début brusque avec douleurs lancinantes très vives, intermittentes ; douleur spontanée ou provoquée très vive ; douleur continue faible. La palpation du tronc du sciatique est indolore ; pas de troubles de nutrition ; — dans la sciatique-névrite : début lent et insidieux avec douleurs sourdes, continues, lentement progressives ; très peu d'élancements spontanés. Le tronc du

sciatique est gros et douloureux à la palpation; atrophie musculaire plus ou moins tardive. Le pronostic est tout différent : bon dans la sciatique-névralgie, qui guérit sans laisser de traces, il est réservé dans la sciatique-névrite, qui dure très longtemps et s'accompagne d'un affaiblissement du membre.

En somme, Landouzy admet la division clinique établie par Lasègue, la sciatique-névralgie remplace la sciatique bénigne et la sciatique-névrite remplace la sciatique grave. Cette division clinique de la sciatique a été conservée par tous les auteurs, elle est encore classique.

Les auteurs suivants, qui ont écrit sur la sciatique, s'attachent surtout à en rechercher l'étiologie; c'est ainsi que Bouilly (7), en 1880, étudie la contusion du nerf sciatique.

Erb et Rosenstein (8) étudient la sciatique diabétique, dont le caractère principal est d'être bilatérale.

Après eux, Worms (9) étudie les névralgies doubles dans le diabète.

Raymond, en 1886 (10), étudie la sciatique-névrite des cancéreux, généralement double.

Brissaud, en 1890 (11), ainsi que Charcot et Babinski, signale les déformations du tronc dans la sciatique. Le professeur Brissaud montre qu'à côté de la scoliose croisée, que l'on rencontre dans la sciatique banale, il existe une scoliose homologue. Cette scoliose homologue serait spéciale à une forme particulière de sciatique à laquelle il donne le nom de sciatique spasmodique. « En effet, dit-il, les sciatiques non spasmodiques entraînent une scoliose croisée, tandis que les sciatiques spasmodiques entraînent une scoliose homologue. Tandis que la scoliose croisée est produite par la contraction des muscles du côté sain, la scoliose homologue est produite par la contracture des muscles du côté malade. La contracture, dans les cas de ce genre, s'étend dans la région latérale du tronc aux muscles innervés par les branches du plexus lombaire. Il s'agit plutôt d'une névralgie lombo-sacrée que d'une névralgie-sciatique. Dans la sciatique spasmodique

tronculaire, l'état spasmodique est caractérisé par une raideur douloureuse des muscles, entraînant une attitude spéciale, par l'exagération des réflexes rotuliens et le tremblement épileptoïde.

Sauvage ⁽¹²⁾ et Lagrelette ⁽¹³⁾ avaient signalé les rapports de la sciatique et de l'hystérie.

En 1892, Achard et Soupault ⁽¹⁴⁾ font paraître trois observations de sciatique hystérique.

En 1893, Bruhl ⁽¹⁵⁾ l'étudie de nouveau, et en 1895 Béziat ⁽¹⁶⁾ en fait le sujet de sa thèse inaugurale.

La sciatique des variqueux, signalée par Bichat, et ensuite par Chaussier, est étudiée par Quenu ⁽¹⁷⁾; sa physionomie ne présente rien de particulier; elle est remarquable par l'intensité de la douleur. Mais toutes ces études n'arrivent pas à dégager une forme nouvelle de la sciatique; on en est réduit aux deux types classiques de la sciatique-névralgie et de la sciatique-névrite. Tout au plus peut-on admettre comme une forme à part, ayant un tableau clinique différent, la sciatique spasmodique de Brissaud.

Mais nous allons voir bientôt se dégager, petit à petit, une forme de sciatique actuellement classée et considérée comme une variété très importante qui gagne chaque jour au détriment des autres.

Les troubles de la sensibilité objective dans la sciatique signalés par Notta ⁽¹⁸⁾, puis par Trousseau ⁽¹⁹⁾, ont été étudiés plus longuement par Hubert-Valleroux ⁽²⁰⁾, dans sa thèse inaugurale, et ensuite par MM. Soupault et Achard et par Phulpin ⁽²¹⁾. Le dernier ouvrage sur les troubles de la sensibilité objective dans la sciatique est la thèse de Dubarry ⁽²²⁾. Nous croyons utile de résumer ici le résultat de ses recherches :

« 1^o Dans la névralgie sciatique on rencontre souvent des troubles de la sensibilité cutanée;

2^o Les troubles de la sensibilité cutanée s'observent dans un peu moins de la moitié des cas de névralgie sciatique;

3° On les rencontre avec une fréquence à peu près égale dans les névralgies anciennes et les névralgies récentes ;

4° Les troubles de la sensibilité cutanée consistent en hypoesthésie (83 p. 100 des cas), anesthésie (11 p. 100) et hyperesthésie (5 p. 100) ;

5° Ces divers cas s'associent rarement les uns aux autres et ne se succèdent pas ;

6° Ils portent, dans la plupart des cas, sur tous les modes de la sensibilité cutanée ; cependant, la sensibilité à la piqure, la sensibilité électrique peuvent être atteintes isolément. La perte de la sensibilité tactile ou de la sensibilité thermique n'a pas été observée ;

7° Les troubles de la sensibilité affectent rarement une topographie répondant exactement à la zone de distribution périphérique d'un nerf ; ils se montrent quelquefois par îlots parcellaires, mais le plus souvent ils occupent un segment de membre ou le membre tout entier ;

8° Dans la névralgie-sciatique, les troubles de la sensibilité cutanée ne s'accompagnent pas fatalement d'atrophie musculaire ou de diminution des réflexes tendineux (achilléen surtout) ;

9° Les troubles de la sensibilité cutanée occupent, dans la série des grands symptômes de la névralgie-sciatique, la seconde place par ordre de fréquence ;

10° Il nous a été impossible de fixer la détermination étiologique qui provoque dans la névralgie-sciatique l'apparition des troubles de la sensibilité cutanée ;

11° Les troubles de la sensibilité cutanée évoluent vers la guérison parallèlement aux autres symptômes de la névralgie-sciatique. »

Comme on le voit, Dubarry et, avant lui, tous les autres auteurs, se sont attachés surtout à rechercher l'existence des troubles de la sensibilité, à déterminer leur nature et leur fréquence ; ils n'ont pas porté spécialement leur attention sur leur topographie.

En 1904, Lortat-Jacob et Sabaréanu ⁽²³⁾ font porter leurs

recherches sur la topographie de ces troubles de la sensibilité, et découvrent un cas dans lequel ces troubles affectent nettement une disposition radiculaire, c'est-à-dire dont la topographie correspond exactement au territoire d'une ou de plusieurs racines postérieures, d'après les schémas de Thornburn.

Dès lors, la sciatique radiculaire était créée. Aussi, Gavazzini, directeur de l'Institut de Bergame, dans son mémoire paru en 1905, dans le *Policlinico*, résume la question en ces termes : « On décrit, avec le professeur Landouzy, une névralgie et une névrite-sciatique, l'une et l'autre révélant toujours une altération plus ou moins profonde du nerf sciatique et pour lesquelles semble précise et bien appropriée l'appellation de névralgie-sciatique et de névrite-sciatique tronculaires ».

« A la sciatique tronculaire qui comprend les deux formes classiques de la sciatique, Lortat-Jacob et Sabaréanu opposent une forme de sciatique qui n'a pas été décrite jusqu'à maintenant, je veux dire la radiculite sciatique ou sciatique radiculaire. »

Cette forme particulière de sciatique a servi de sujet à Régis Berthéol⁽²⁴⁾, pour sa thèse inaugurale (Thèse de Paris, 1906). Etudiant sept cas déjà publiés auxquels il a ajouté deux observations personnelles, il s'efforce de démontrer l'individualité clinique de la sciatique radiculaire.

D'après lui, la symptomatologie subjective ne présente rien de particulier; le caractère des douleurs est le même que dans la sciatique banale; l'exploration du signe de Lasègue et des points de Valleix est toujours positive.

Il signale cependant, comme assez fréquente, l'existence de la scoliose homologue, qu'il trouve six fois sur neuf cas. De même il cite deux malades chez lesquels on trouve le signe de Siccard.

Ce signe de Siccard consiste dans l'exagération des douleurs par la toux, qui provoque un élancement sur le trajet du sciatique.

M. Déjerine donne ce signe comme appartenant uniquement aux névralgies radiculaires; il l'explique par la compression brusque qu'exercerait sur les racines, le liquide céphalo-rachidien dont la tension serait brusquement augmentée par les efforts de la toux.

Le seul symptôme pathognomonique de la sciatique radiculaire, serait la présence de trouble de sensibilité, affectant la forme de longues bandes longitudinales par rapport à l'axe du membre et ayant une topographie nettement radiculaire.

Les racines le plus fréquemment prises seraient la cinquième lombaire, huit fois sur neuf; et ensuite la première et la deuxième sacrée.

Les conclusions de Régis Berthéol relatives à l'étiologie et au traitement, nous paraissent devoir être rapportées en entier :

« Parmi les causes pouvant amener son apparition, nous notons la compression par une tumeur avoisinante, de nature cancéreuse ou tuberculeuse. On peut encore incriminer une plaque de méningite siégeant sur les racines et dues à l'action de toxines d'origine syphilitique ou tuberculeuse, ou encore à l'altération des flexus veineux ayant pour cause l'artériosclérose ou l'alcoolisme.

» La constatation du syndrome radiculaire dans la pratique, doit d'abord éveiller en nous l'idée d'un processus syphilitique, et dans ces cas elle a le même pronostic que les localisations de même nature sur le système nerveux périphérique. Lorsqu'une autre étiologie intervient, c'est la connaissance de cette étiologie qui fait le pronostic.

» En cas de syphilis avérée, il faut recourir au traitement mercuriel mixte qui donnera dans ces cas de très bons résultats, semblables à ceux que l'on obtient dans la sciatique tronculaire d'origine syphilitique. En l'absence d'une étiologie syphilitique avérée, c'est encore au traitement mercuriel qu'il faudra recourir, et on en obtiendra d'heureux effets,

comme cela a du reste été signalé pour tant d'autres affections du système nerveux. »

— Nous avons terminé l'histoire des différentes formes cliniques de la sciatique; nous voyons s'en détacher nettement quatre types qui paraissent bien nets.

1° La sciatique névralgie de Landouzy qui répond très bien à la grande névralgie de Valleix et à la sciatique bénigne de Lasègue;

2° La sciatique névrite de Landouzy qui répond à la sciatique grave de Lasègue;

3° La sciatique spasmodique de Brissaud avec ses phénomènes particuliers de contracture, d'exagération des réflexes et de trépidation épileptoïde;

4° La sciatique radiculaire type Lortat-Jacob et Sabaréanu.

Il semblerait que toutes les sciatiques puissent rentrer dans l'un ou l'autre de ces groupes; or, il suffit d'en voir quelques cas dans la pratique pour constater que le tableau clinique de cette affection n'est pas aussi simple, aussi net, et, fréquemment, on rencontre des cas qui sont loin de répondre à l'un quelconque de ces types classiques.

Aussi, le but de ce modeste travail est-il de faire un essai de classification parmi les différents cas de sciatique que nous avons observés directement ou que les auteurs ont signalés.

La grande difficulté consiste à choisir une base de classification réellement clinique, puisque nous en sommes réduits dans l'étude de cette affection à n'avoir recours qu'à la clinique, l'anatomie pathologique nous faisant, en effet, presque complètement défaut.

On pourrait diviser les sciatiques d'après leur topographie; on distinguerait alors une sciatique généralisée et des sciatiques partielles; d'après leur évolution, on reviendrait alors à la division établie par Lasègue en sciatique bénigne et sciatique grave.

L'étiologie serait encore la meilleure base de classification; on distinguerait alors une sciatique rhumatismale, syphili-

tique, tuberculeuse, diabétique, alcoolique, cancéreuse, variqueuse, etc., etc.

Cette classification, si elle était possible, serait très certainement la meilleure, puisque le diagnostic fait comporterait avec lui l'indication thérapeutique; mais ce diagnostic étiologique n'est pas facile à faire et les cas sont très nombreux où l'étiologie nous échappe.

Il faut donc aller chercher ailleurs une base de classification. Cette base de classification nous croyons l'avoir trouvée dans la lecture des idées de M. Pitres ⁽²⁵⁾ sur la Pathogénie des Névralgies.

Ce sont ces idées que M. le Professeur Pitres a communiquées au XIII^e Congrès international de médecine de Paris, qui nous ont guidé dans l'étude de la sciatique; ce sont elles que nous allons appliquer à la névralgie sciatique. Nous croyons utile de les résumer rapidement avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet; en les rappelant nous ne faisons du reste que développer le plan de notre travail.

« Dans les névralgies, dit-il, une irritation périphérique siégeant sur un point quelconque du trajet d'un nerf centripète y forme un foyer permanent d'excitations, et ces excitations transmises aux centres, en mettent peu à peu les éléments en l'état d'éréthisme fonctionnel qui engendre les paroxysmes douloureux.

On s'imaginait naguère que le mécanisme des névralgies était plus simple; on croyait que lorsque un nerf était localement irrité, ses fibres devenaient douloureuses de proche en proche par suite d'une irradiation excentrique de l'irritation. La névralgie était alors considérée comme une affection des nerfs périphériques, tout à fait indépendante des centres. Cette conception simpliste est tout à fait en opposition avec ce que nous savons de la physiologie des nerfs; elle est certainement erronée. Il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de névralgies périphériques au sens propre du mot, il y a seulement des névralgies de cause périphérique dans lesquelles l'éréthisme des centres est provoqué et entretenu par des

excitations algésiogènes, ayant pour point de départ les racines, le tronc ou les extrémités terminales des nerfs.

« Il y aurait un intérêt pratique de tout premier ordre à pouvoir reconnaître, dans chaque cas, quel est le siège exact des lésions matérielles ou dynamiques, d'où partent les excitations algésiogènes provocatrices des névralgies...

Ce moyen de fixer le diagnostic peut être tiré de la comparaison des effets des injections anesthésiantes de cocaïne, pratiquées pendant les paroxysmes douloureux, soit sous la peau des régions endolories, soit le long du trajet des troncs nerveux qui s'y rendent, soit dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne. Pour que ces injections analgésiantes produisent leur effet et arrêtent brusquement les douleurs, il faut qu'elles soient faites *au-dessus* du foyer algésiogène; il en est de même pour la névrotomie curative. Ces injections analgésiantes constituent donc un excellent moyen de diagnostic qui permettra de reconnaître si la cause de la névralgie est *extra-fasciculaire, fasciculaire* ou *radiculo-médullaire*. »

Telle est la division que nous allons adopter et que nous allons essayer d'appliquer à la névralgie sciatique.

Le meilleur moyen de contrôle nous serait fourni par l'emploi de ces injections anesthésiantes de cocaïne; mais quand il s'agit d'un nerf aussi volumineux que le nerf sciatique, dont le territoire est si étendu et dont le tronc est si profondément situé, ce moyen présente quelques difficultés dans la pratique. Aussi en sommes-nous réduits à avoir recours à la seule clinique.

Par l'examen comparatif des quelques cas, qu'il nous a été donné d'examiner et que nous allons classer d'après les idées de M. le professeur Pitres, sur la pathogénie des névralgies, nous allons essayer de dégager un type clinique correspondant à chaque groupe.

Il est facile de comprendre quel sera l'intérêt pratique d'une pareille classification, si nous arrivons à dégager des types distincts. Il est évident, en effet, que le traitement variera avec chaque espèce.

S'il s'agit, en effet, d'une sciatique symptomatique dont la cause, l'épine irritative est extra-fasciculaire, les médicaments internes n'auront pas grand effet, tandis que le malade tirera le plus grand bénéfice d'une médication locale.

Inversement, si l'épine irritative est plus haute que le tronc, si elle se trouve au niveau des racines ou dans les centres sensitifs; il est évident que toute médication locale appliquée au niveau du tronc nerveux restera sans effet, tandis que la médication interne produira les meilleurs résultats.

Le nombre des cas sur lesquels a porté notre observation n'est pas élevé, mais nous avons tenu autant que possible à ne nous servir que d'observations personnelles, prises dans un but déterminé. Bien qu'ils ne soient pas nombreux, les cas que nous avons examinés sont cependant assez variés, pour que nous puissions espérer arriver à une classification.

Mais avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, il nous faut dire quel est le sens exact que nous donnons au mot *névralgie-sciatique*.

Les anciens auteurs considéraient la sciatique comme la maladie douloureuse du nerf sciatique. Les idées actuelles sur la pathogénie des névralgies ont changé cette conception et actuellement nous pourrions définir la sciatique : tout syndrome douloureux apparaissant dans l'aire de distribution du nerf sciatique, de ses branches ou de ses racines, dont la douleur est le principal symptôme et dont la cause n'apparaît pas immédiate.

CHAPITRE PREMIER

SCIATIQUES D'ORIGINE EXTRA-FASCICULAIRES

1° **Définition.** — Nous désignons sous ce nom toutes les sciaticques dont la cause, c'est-à-dire le foyer d'irritation, se trouve dans la zone d'innervation du nerf sciatique, mais n'irrite pas directement le tronc nerveux lui-même. Ce sont les filets terminaux qui reçoivent l'irritation; ces excitations sont transmises aux centres sensitifs dont les éléments se mettent petit à petit en l'état d'éréthisme fonctionnel, qui engendre les paroxysmes douloureux, véritables décharges d'un accumulateur sensitif. Ces névralgies méritent bien le nom de névralgies irradiées, les auteurs les étudient sous le nom de fausses sciaticques.

Nombreuses sont les affections du membre inférieur qui peuvent provoquer des irradiations douloureuses le long du nerf sciatique.

Nous allons rapidement indiquer les plus fréquentes :

a) *Coxalgie.* — Cette affection de la hanche produit souvent, surtout au début, des irradiations douloureuses. La plus fréquente est la douleur fixe du genou; mais on rencontre souvent des irradiations le long du nerf sciatique, qui pourraient en imposer pour une sciaticque vraie.

b) *Arthrite sacro-iliaque*. — Ici encore les irradiations douloureuses sont fréquentes le long du nerf sciatique.

c) *Les périostites de voisinage*, qu'elles soient localisées au grand trochanter, au fémur ou à l'ischion, provoquent souvent des sciatiques symptomatiques.

Nous rapportons ici deux cas de sciatique d'origine extra-fasciculaire; la première observation est celle d'une sciatique symptomatique d'une arthrite sacro-iliaque; la seconde, celle d'une sciatique symptomatique d'une périostite de l'ischion.

2° OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Sciatique droite d'origine extra-fasciculaire, symptomatique d'une arthrite sacro-iliaque.

Paul M..., âgé de vingt-huit ans, cordonnier.

Il y a deux ans il contracte une première blennorragie, qui a duré six mois et qui s'est compliquée d'une arthrite du cou du pied gauche.

Il y a deux mois, il contracte une nouvelle blennorragie qu'il traite par le mépris.

La maladie actuelle a débuté il y a quinze jours par une douleur vive dans la fesse droite, s'irradiant légèrement vers le bas le long du nerf sciatique.

C'est une douleur continue, vive, exagérée la nuit, sans crises paroxystique. La marche l'exagère, la toux et les efforts ne provoquent pas d'élancements douloureux.

Un médecin consulté porte le diagnostic de sciatique et fait des pointes de feu sur le trajet du nerf, depuis l'échancre sciatique

jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Il se produit une légère amélioration. La guérison ne survenant pas, le malade vient à la consultation de M. le professeur Pitres où nous l'examinons quinze jours après le début de sa maladie.

La douleur subjective a conservé les mêmes caractères, elle a son maximum à la fesse droite, elle s'irradie légèrement le long du nerf sciatique.

La pression exercée au niveau de l'échancrure et sur le tronc nerveux au-dessous, n'éveille pas de douleur bien nette. La fesse est surtout douloureuse au niveau de son tiers interne ; le maximum de la douleur à la pression, siège au niveau de l'interligne sacro-iliaque. La pression bien forte de l'aile iliaque réveille la douleur au même niveau.

Le signe de Lasègue, le signe de Bonnet et le controlatéral n'existent pas.

La sensibilité cutanée est normale. Les réflexes sont égaux et normaux.

Pas d'amaigrissement ni de troubles trophiques du membre.

Le malade présente un léger écoulement muco-purulent de l'urèthre.

OBSERVATION II (Personnelle)

Sciatique gauche d'origine extra-fasciculaire, symptomatique d'une périostite de l'ischion.

Auguste R..., âgé de soixante-huit ans, charpentier, a toujours eu une bonne santé. Il n'a jamais eu de maladies infectieuses, ni d'antécédents spécifiques ou alcooliques.

Le 19 janvier, il a couché dans une chambre très humide, il a été saisi par le froid. Deux jours après il ressent au niveau de la fesse gauche une douleur sourde, profonde ; c'est une douleur continue, sans paroxysmes, qui va en augmentant d'intensité et s'irradie légèrement le long du sciatique, jusqu'au creux poplité.

La douleur est exagérée la nuit, c'est alors une sensation profonde de rongement très intense. La station assise est devenue insupportable, le

malade est obligé de s'asseoir sur la fesse droite seulement. La marche exagère la douleur; la toux et l'éternement sont sans effet.

La douleur est assez forte pour arrêter le malade dans son travail; il vient à la consultation de M. le Professeur Pitres. Un premier examen rapide fait porter le diagnostic de sciatique vraie, essentielle. Le malade est présenté à la clinique par M. le Professeur Pitres, qui pratique l'examen suivant et réforme le diagnostic.

Examen, le 7 février. — La douleur accusée par le malade a son maximum d'intensité à la fesse gauche, elle s'irradie le long du nerf sciatique jusqu'au creux poplité.

La pression n'éveille qu'une douleur insignifiante sur le trajet du tronc nerveux. Les articulations ne sont pas douloureuses; la pression du grand trochanter et du fémur reste indolore, mais la pression de l'ischion détermine une douleur très vive qui arrache un cri au malade.

Le signe de Lasègue n'existe pour ainsi dire pas.

Le controlatéral et le Bonnet sont négatifs. La sensibilité objective est intacte. Pas d'amaigrissement du membre, ni de troubles trophiques. Les réflexes sont normaux. Pas de scoliose.

Relever :

1^{er} TEMPS. — Le malade ramène ses coudes au sol et soulève le tronc pour s'asseoir sur la fesse droite.

2^e TEMPS. — Il fléchit les deux jambes qu'il ramène sous les fesses.

3^e TEMPS. — Prenant point d'appui sur les deux mains posées à terre, il se relève directement en projetant son corps en avant et en donnant un coup d'aile avec le bras gauche (signe de Minor).

Traitement. — On ordonne du salicylate de soude, puis de l'aspirine. On fait une application de pointes de feu au niveau de l'ischion. Le malade revient à la consultation huit jours après. On fait de nouveau quelques pointes de feu; nous avons revu le malade qui est presque complètement guéri et qui a pu reprendre son travail.

3° *Discussion et Analyse.*

Si nous voulons analyser nos deux observations et nous en rapporter également à l'opinion des auteurs qui ont étudié les fausses sciatiques, il nous est facile de rattacher à ce groupe des sciatiques d'origine extra-fasciculaires un type clinique bien distinct de ceux que nous étudierons par la suite.

Il s'agit, en effet, d'une simple irradiation douloureuse, nous n'avons ici que les branches terminales qui sont le siège d'une irritation; sans doute cette excitation se transmet aux centres sensitifs qui se déchargent sur le tronc nerveux; mais, soit que cette irritation ne s'effectue pas sur un nombre assez grand de filets terminaux, soit que son intensité ne soit pas assez forte, il est facile de constater que la douleur accusée le long du trajet nerveux est une douleur assez vague, assez diffuse.

La sciatique d'origine *extra-fasciculaire* nous pouvons rattacher les caractères suivants :

1° Le début est insidieux, rarement brusque.

2° La douleur subjective ou spontanée est une douleur continue, rarement paroxystique; elle est diurne et nocturne; la chaleur du lit paraît l'exagérer.

3° La douleur est exagérée par la marche; elle n'est pas exagérée par la toux, l'éternument et les efforts.

La pression des points de Valleix est négative.

Les différents signes de Lasègue, de Bonnet et le controlatéral n'existent pas.

4° Il n'y a pas de troubles trophiques du membre ni de troubles de la sensibilité objective.

Les réflexes sont normaux.

En un mot, les sciatiques extra-fasciculaires ou symptomatiques présentent ce grand caractère commun d'avoir surtout comme symptôme capital de la douleur spontanée

sur le trajet du nerf. La douleur provoquée, soit par la pression du tronc nerveux, soit par la manœuvre de Lasègue n'existe pas.

Dès lors, toute douleur paraissant suivre le trajet du nerf sciatique, n'ayant pas de crises paroxystiques bien nettes, n'étant pas exagérée par la pression du tronc nerveux et la recherche du signe de Lasègue doit être considérée comme une simple irradiation douloureuse, comme une sciatique extra-fasciculaire, comme une sciatique symptomatique.

Le diagnostic devra donc se poser à nouveau pour savoir à quelle affection on a affaire et reconnaître où se trouve le foyer d'excitation.

Quand on aura reconnu que le tronc nerveux n'est pas le siège de la douleur vive accusée par le malade, il faut chercher dans les organes voisins le foyer douloureux.

C'est alors qu'il faudra se livrer à un examen attentif de la hanche, de l'articulation sacro-iliaque et de tout le squelette voisin.

On arrivera ainsi à découvrir le foyer douloureux maximum, point de départ de l'irradiation sciatique.

Dans notre observation I, par exemple, nous constatons que l'exploration du nerf sciatique restant négative, c'est en examinant le squelette que nous avons pu déterminer un point très douloureux au niveau de l'articulation sacro-iliaque et porter le diagnostic d'arthrite sacro-iliaque.

Dans l'observation II, le point de départ, le foyer douloureux se trouvait sur la tubérosité de l'ischion.

Comme conclusion pratique nous dirons qu'il ne faudra jamais négliger dans le cas de douleur sciatique, de faire un examen minutieux des organes voisins et en particulier des articulations et du squelette.

Le traitement sera commandé par la nature de la lésion ; c'est la lésion causale qu'il faudra traiter, la disparition de celle-ci entraînera fatalement la guérison de la sciatique.

CHAPITRE II

SCIATIQUES D'ORIGINE FASCICULAIRE OU SCIATIQUES TRONCULAIRES

Nous ferons rentrer dans cette catégorie toutes les sciati-ques dans lesquelles la cause d'irritation agit non plus sur les filets terminaux du nerf, mais directement sur le tronc nerveux lui-même.

Nombreuses et variées sont ces causes d'irritation portant leur action sur le tronc nerveux.

On peut tout d'abord les diviser en deux grandes classes :

A) Causes extra-tronculaires.

B) Causes intra-tronculaires.

A) Causes extra-tronculaires.

1^o **Causes.** — L'épine irritative qui agit sur le nerf est une cause extérieure au tronc nerveux lui-même. Le plus fréquemment, il s'agit d'un traumatisme ou d'une compression.

a) *Traumatisme.* — Celui-ci peu s'exercer sur le tronc nerveux soit dans son trajet extra-pelvien depuis l'échancrure sciatique, soit dans son trajet intra-pelvien.

Nombreuses sont les observations de sciatiques traumatiques, étudiées surtout par Bouilly, en 1880. Il s'agit le plus souvent de chutes ou de coups de pied ayant porté sur le tronc sciatique au niveau de son émergence.

Quant au traumatisme intra-pelvien le plus fréquent, il vient d'une application de forceps un peu brutale, à la suite d'une prise mal faite.

b) *Compression ou irritation directe.* — Cette compression, à laquelle nous ajoutons l'irritation directe du tronc par un foyer inflammatoire en contact avec le nerf, peut être également extra-pelvienne ou intra-pelvienne.

Parmi les causes d'irritation ou de compression extra-pelviennes, les unes sont temporaires, comme, par exemple, un foyer d'ostéomyélite; une gomme de voisinage; les autres sont permanentes, comme les exostoses, les kystes et les anévrysmes. Faisons remarquer en passant la fréquence de kystes ou d'anévrysmes, siégeant au creux poplité, pouvant engendrer une sciatique tronculaire par compression.

Parmi les causes d'irritation ou de compression intra-pelviennes, les unes sont temporaires, comme par exemple la tête fœtale dans les derniers mois de la grossesse; les autres sont permanentes, ce sont toutes les tumeurs et inflammations du petit bassin (fibromes de l'utérus ou de l'ovaire, kyste de l'ovaire, cancer de l'utérus ou du rectum). M. Larre⁽²⁶⁾, étudiant les tumeurs de l'os iliaque, signale l'existence de sciatiques par compression.

La périmérite et les salpingites peuvent, au même titre, venir irriter directement le tronc du sciatique dans son trajet intra-pelvien.

Nous rapportons trois cas de ces sciatiques tronculaires. La première de ces observations est nouvelle; il s'agit d'une sciatique tronculaire produite par un foyer d'ostéomyélite de l'os iliaque; les deux autres observations sont extraites de la thèse de Dubarry.

2^o OBSERVATIONS

OBSERVATION III

(Prise dans le service de M. PRINCETEAU par M. BRUN-TAPIE, interne de service.)

Sciatique tronculaire droite, produite par une ostéomyélite de l'os iliaque.

Georges D..., âgé de treize ans, a eu plusieurs poussées d'ostéomyélite, notamment au pied droit, au sacrum, à la fosse iliaque externe du côté droit.

A ce niveau, persiste encore un trajet fistuleux se dirigeant vers la partie interne et un peu supérieure de l'os coxal.

La maladie actuelle a débuté il y a quinze jours. Le petit malade a eu une poussée du côté de sa fosse iliaque externe droite, avec mouvement fébrile, douleur, tuméfaction. En même temps est apparue une douleur lente, continue, qui s'est étendue tout le long du nerf sciatique. C'est une douleur continue, diurne et nocturne, assez vive, sans crises paroxystiques spontanées, exagérées par la marche, les mouvements; elle n'est par exagérée par la toux. Tout le trajet du nerf est douloureux; il n'y a pas de points douloureux plus marqués.

Le signe de Lasègue est positif; le signe de Bonnet et le controlatéral sont négatifs. La sensibilité objective est normale sur tout le membre malade. Les réflexes rotuliens et achilléens sont égaux et normaux.

Il n'y a pas d'amaigrissement du membre, ni de troubles trophiques.

Sitôt après l'entrée du malade à l'hôpital, M. Princeteau pratique un curetage de la fosse iliaque. Le trajet fistuleux se ferme, la température tombe; en même temps la douleur du nerf sciatique va en diminuant et finit par disparaître complètement.

OBSERVATION IV

(Thèse de DUBARRY, XXX Obs.)

**Sciastique tronculaire gauche, produite par un kyste
du creux poplité.**

Joseph J..., quarante-sept ans, charretier, n'a jamais été malade. Pas de maladies infectieuses, de syphilis avouée ou probable, pas de rhumatisme, d'intoxications. Il y a un mois, le malade est pris brusquement sans avoir subi le moindre traumatisme, d'une douleur très vive dans le membre inférieur gauche. Cette douleur partait de la fesse et suivait tout le trajet du nerf sciatique jusqu'au pied. Elle avait son maximum d'intensité au niveau du creux poplité.

Joseph J... porta la main à cet endroit et constata la présence d'une grosseur ayant à peu près le volume d'une noix.

Le malade rentre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Pitres.

La douleur est continue, s'étend tout le long du nerf sciatique depuis la fesse; le malade la compare à la sensation que produit une crampe. Cette douleur est diurne et nocturne; elle est exaspérée par la chaleur du lit. Elle augmente à l'occasion des divers mouvements; elle diminue au repos. C'est une sensation de fourmillement, d'engourdissement. La toux ne répond pas. Il y a peu de paroxysmes spontanés. La pression éveille de la douleur au niveau d'un point fessier; d'un point du mollet, et derrière la malléole externe; le signe de Lasèque existe assez nettement.

On ne constate pas d'amaigrissement du membre, pas de troubles trophiques de la peau et des ongles.

Réflexe rotulien normal et égal des deux côtés, de même que le réflexe achilléen.

Pas de déviation de la colonne vertébrale.

On constate une zone d'hypoesthésie très légère au niveau de la face postérieure de la cuisse et du creux poplité.

A la partie supéro-externe du creux poplité, on constate l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noix. Cette masse est mobile, fuit sous le doigt; elle paraît rénitente; elle ne présente pas de battements et l'auscultation, à son niveau, ne fait pas entendre de bruit de souffle; cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression.

M. le professeur-agrégé Chavannaz porte le diagnostic de névralgiesciatique causée par l'existence d'un kyste du creux poplité. Il procède à l'extirpation du kyste et le malade guérit rapidement.

OBSERVATION V

(Thèse de DUBARRY, XXI Obs.)

Sciatique tronculaire gauche produite par une annexite gauche.

Thérèse L..., dix-huit ans, giletière. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Elle avait une excellente santé quand elle a commencé à ressentir, en janvier 1902, des douleurs vives, lancinantes, dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. Ces douleurs s'irradiaient dans les lombes et la face antérieure des cuisses; en même temps elle avait des pertes jaunes, verdâtres. La malade reste dans cet état jusqu'au mois d'août.

A cette époque, elle voit apparaître des douleurs qui prennent naissance dans la fesse gauche, s'irradient dans toute la cuisse (en avant et en arrière). Elles suivent le trajet du nerf sciatique.

Ces douleurs sont constantes; elles présentent des exacerbations qui surviennent sous forme de crises spontanées. On est obligé de faire des injections de morphine. Elles sont exagérées par les mouvements.

Examen (9 août 1902) : Le membre est peu amaigri; pas de troubles trophiques. A la pression, on trouve de la douleur au niveau de l'échan-crure et derrière la tête du péroné.

Le signe de Lasègue est très net.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Le réflexe achilléen est un peu plus faible à droite.

L'examen de la sensibilité objective permet de constater une anesthésie complète de la face postérieure de la cuisse et de la jambe, de la fesse.

A la face postérieure de la jambe, on constate l'existence de deux îlots d'anesthésie complète.

Pas de déviation de la colonne vertébrale.

L'examen de l'appareil génital permet de constater que la région annexielle gauche est douloureuse à la palpation; qu'elle est le siège d'un empatement profond. Au toucher, vagin râpeux; le col regarde en arrière; les annexes droites paraissent légèrement augmentées de volume; à gauche, on trouve des annexes volumineuses et très sensibles.

On soigne les phénomènes génitaux, qui finissent par rétrocéder. En même temps et parallèlement les douleurs sciatiques s'atténuent et finissent par disparaître. La sensibilité revient complètement.

3^e *Discussion et analyse.*

Les trois cas que nous avons rapportés sont dus à une action irritante ou traumatisante, exerçant son action directement sur le tronc nerveux lui-même. Il est évident que l'intensité de la douleur sera en rapport avec l'intensité de la cause, d'autant plus que le tronc nerveux peut subir une altération et, dans ce cas, nous aurions affaire à une sciatique d'origine intratronculaire que nous étudierons par la suite. Mais dans ce groupe-ci nous ne faisons rentrer que les sciatiques dont le tronc subit simplement une irritation de nature quelconque, sans qu'il en soit pour cela altéré.

Si nous analysons les trois cas que nous avons rapportés et si nous essayons par les caractères communs d'en dégager un type clinique, nous pourrions dire que *la sciatique d'origine fasciculaire, extra-tronculaire* a le type suivant :

1^o Quel que soit le point où s'exerce l'action traumatisante

ou irritative, tout le tronc nerveux est le siège d'une douleur spontanée ;

2° Cette douleur est continue, présente peu de paroxysmes spontanés. Elle est diurne et nocturne ;

3° La marche, les mouvements du membre exagèrent la douleur. La toux, l'éternument, les efforts de défécation produisent rarement une exacerbation.

Le signe de Lasègue est très net. Le Bonnet et le controlatéral inconstants.

Tout le trajet du nerf est légèrement douloureux à la pression ; on trouve le plus souvent le point fessier et le point péronier ;

4° Il n'y a pas d'atrophie du membre. Les réflexes sont généralement conservés normaux. Quant à la sensibilité, elle est souvent modifiée ; on rencontre de l'hypoesthésie ou de l'hyperesthésie, mais ces troubles n'affectent jamais la disposition de bandes radiculaires.

Dans la pratique, la distinction ne sera pas toujours facile à faire entre une sciatique d'origine extratronculaire et une sciatique intratronculaire, que nous allons étudier. Il arrive souvent, en effet, que cette seconde forme de sciatique provenant d'une altération du nerf, fasse suite à la première. En effet, si l'action traumatisante se prolonge, le tronc nerveux peut être le siège d'altérations ; nous avons alors affaire à une véritable névrite. Quoiqu'il en soit, nous croyons pouvoir faire un type clinique à part de la sciatique d'origine fasciculaire extratronculaire.

Le plus souvent, ce *diagnostic* est confirmé par la présence de la lésion causale qui se dénonce d'elle-même. Quand celle-ci reste cachée, il faut la chercher, explorer tout le trajet du nerf au membre inférieur, chercher avec soin la présence d'une tumeur quelconque, surtout au niveau du creux poplité ; enfin, il ne faudra jamais oublier, surtout chez la femme, d'examiner le bassin et les organes génitaux.

Le *pronostic* sera celui de la lésion causale de même que le *traitement*. Dans les trois cas que nous signalons, nous

voyons la guérison se produire rapidement après l'ablation du kyste du creux poplité, après le curetage du foyer ostéomyélique et après la guérison de la salpingite.

Mais il faudra souvent aller au plus pressé et calmer la douleur au plus vite. Rarement on aura besoin de recourir aux injections sous-cutanées de morphine, les liniments calmants appliqués sur le membre suffiront à calmer la douleur. Mais l'amélioration ne sera que passagère; pour obtenir la guérison il faudra supprimer la cause.

B). Causes intratronculaires. — NÉVRITE

1^o Causes. — L'épine irritative n'est plus extérieure au nerf; c'est le conducteur nerveux lui-même qui porte en lui la cause du mal. Dans cette catégorie, nous ferons rentrer toutes les altérations du nerf, c'est-à-dire les névrites. Nous croyons pouvoir y ajouter cette sciatique des variqueux étudiée par Quenu, qui paraît due à l'existence de varices intra-funiculaires.

Nous ne voulons pas étudier ici les névrites, nous dirons simplement que la névrite du nerf sciatique est fréquente, qu'elle peut être totale ou partielle; totale, quand tout le tronc nerveux est pris avec toutes ses branches, partielle quand une branche isolée est seule prise.

La plus fréquente de ces névrites partielles du nerf sciatique, est la névrite du nerf sciatique poplité externe signalée par Guinon et Parmentier⁽²⁷⁾.

La pathogénie de la névrite du nerf sciatique, n'a pas une physionomie spéciale: c'est la pathogénie de toutes les névrites.

On peut distinguer: 1^o les névrites traumatiques; 2^o les névrites infectieuses; 3^o les névrites toxiques; 4^o les névrites diathésiques.

Quand il s'agit d'une sciatique névrite, c'est le plus souvent d'une névrite alcoolique qu'il s'agit. Les sciatiques névrites sont également très fréquentes chez les tuberculeux.

Landouzy, le premier, a dégagé le tableau clinique de la sciatique névrite et l'a opposé à la sciatique névralgie. Il est évident que dans les cas bien nets de névrite, le tableau clinique est tout à fait différent de celui que l'on décrit dans la sciatique névralgique ; mais il y a une foule de cas intermédiaires qu'il n'est pas toujours facile de classer. Le symptôme dominant de la névrite, le seul qui tranche le diagnostic, est l'atrophie musculaire ; dans tous les autres cas où cette atrophie fait défaut ou est peu marquée, on écarte la névrite et on regarde l'affection douloureuse comme une simple névralgie *sine-matéria*.

Nous comprenons difficilement l'existence de ces névralgies vraies, essentielles en tant que maladie douloureuse du nerf ; il est très probable que toutes ces sciatiques tronculaires qui ne sont pas des névrites bien avérées, correspondent cependant à quelque irritation intratronculaire, à quelque altération du conducteur nerveux, qui nous échappe, mais qui n'en existe pas moins. Il est très possible par exemple que les sciatiques diabétiques, blennorrhagiques et même rhumatismales, correspondent à des névrites ou des périnévrites qui ne se traduisent à l'observation que par des phénomènes douloureux. Nous rapportons trois observations personnelles de névrite du nerf sciatique ; nous essayerons ensuite d'en dégager un type clinique.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Sciatique névrite gauche.

Pierre D..., épicier, âgé de cinquante-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Nous relevons la rougeole et la coque-

luche, des accès de fièvre intermittente de treize à quinze ans. Le croup à seize ans, une fièvre typhoïde bénigne à dix-sept ans.

Enfin, pendant son service militaire, variole et blennorrhagie.

Pas de syphilis avouée. Pas d'antécédents alcooliques.

Histoire de la maladie. — Le malade a eu plusieurs fois des douleurs dans sa jambe gauche.

Première crise. — A l'âge de vingt-huit ans : douleurs assez vagues dans la cuisse gauche, face postérieure, sensation de torsion, survenant irrégulièrement n'empêchant pas le malade de travailler. Ces douleurs étaient intermittentes, elles disparurent sans traitement au bout de trois mois.

Deuxième crise. — Neuf ans après la douleur reparait brusquement sous la forme d'une douleur très vive, lancinante, s'étendant à la face postérieure de la cuisse jusqu'au genou. Cette douleur brusque dans son apparition, persista, devint continue, présenta quelques paroxysmes. Le malade fut obligé de garder le lit pendant longtemps ; le moindre effort, le moindre mouvement provoquant le retour des crises.

Puis, petit à petit, sous l'influence d'un long traitement, la douleur finit par décroître, les crises deviennent moins nombreuses et plus courtes et finalement le malade put se lever et reprendre son travail.

Cette seconde période douloureuse avec ses intervalles de calme et de paroxysme, dura une année entière.

Troisième crise. — Six ans après, nouvelle crise analogue à la précédente, même type de douleurs dans la cuisse gauche. Cette période douloureuse a duré six mois.

Quatrième crise. — Enfin, il y a quatre mois, la douleur reparait, mais d'une façon lente et insidieuse. Petit à petit, elle va en augmentant d'intensité et aussi de siège, elle s'étend au-dessous du genou, depuis la tête du péroné jusqu'à la face dorsale du pied.

C'est une douleur continue assez vive, avec quelques crises paroxysmiques. C'est elle qui décide le malade à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Douleur continue sur tout le trajet du sciatique, douleur pas très vive, sans paroxysmes mais constante.

La toux, l'éternuement ne répondent pas.

Signe de Lasègue positif. Signe de Bonnet et controlatéral négatifs.

La pression détermine une douleur très peu vive au niveau de l'échan-

crure sciatique, dans la gouttière ischio-trochantérienne et sur le trajet du sciatique jusqu'au creux poplité. Légère douleur à la pression en arrière de la tête du péroné et à la face externe de la jambe. Les articulations et le squelette sont intacts.

L'attitude du malade est normale, il boite légèrement en marchant. En se relevant il donne le coup d'aile de Minor.

Sensibilité objective conservée à la cuisse ; à la jambe on constate une bande d'hypoesthésie s'étendant à la région péronière et à la face dorsale des deux derniers orteils.

La force musculaire paraît légèrement diminuée dans le membre inférieur gauche.

Masses musculaires plus molles et plus flasques à la fesse, à la cuisse et au mollet gauche.

Différence notable de volume. A gauche, diminution de 2 centimètres pour la cuisse, de 3 centimètres pour le mollet.

Excitabilité musculaire diminuée au courant faradique pour le jambier antérieur et les péroniers.

Pas de réaction de dégénérescence.

Réflexes. — Rotuliens égaux et normaux. Achilléen aboli à gauche. Plantaire faible à gauche en flexion.

On fait au malade un traitement électrique ; ses douleurs ont diminué et il sort de l'hôpital deux mois après, amélioré, mais pas guéri.

OBSERVATION VII (personnelle).

Sciatique névrite droite ancienne.

Mélanie D..., quarante ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère étaient des alcooliques invétérés.

Elle a perdu quatre frères en bas âge ; elle a un frère et une sœur vivants, également alcooliques.

Antécédents personnels. — Nous relevons la rougeole et la coqueluche dans l'enfance. Pas de maladies infectieuses ; pas de syphilis avouée ni probable. Interrogée sur ses habitudes alcooliques, la malade nous dit

n'avoir jamais fait d'excès, avoir bu toujours d'une façon modérée ; très peu d'apéritifs ; surtout du vin coupé avec de l'eau.

En l'examinant, on constate cependant qu'elle a du tremblement assez accentué des doigts, de l'exagération des réflexes rotuliens ; les masses musculaires du mollet sont douloureuses à la pression ; la nuit elle a des rêves fréquents (animaux féroces, précipices). Pityuie matinale.

Histoire de la maladie. — Début en décembre 1905. C'est par une douleur brusque, une lancée partant des reins et suivant la face postérieure de la cuisse droite et la face externe de la jambe, que la maladie a débuté. Sensation de corde douloureuse tendue. Douleur très vive arrachant des cris à la malade qui a duré quatre ou cinq minutes. Après la disparition de la première crise, une douleur sourde, continue, a persisté.

Douleur continue. — Sensation de mûchure s'étendant de la fesse droite à la malléole externe en suivant le trajet du nerf sciatique.

Cette sensation douloureuse ne présentait pas de rémission ; elle était aussi intense le jour que la nuit ; la chaleur du lit n'avait aucune influence sur elle.

Le moindre effort, la marche, exagéraient cette douleur.

Douleur paroxystique. — Au début de la maladie, les crises étaient fréquentes et fort douloureuses. Elles survenaient, même au repos, quatre ou cinq fois par jour, sous forme de lancées, qui duraient cinq à six minutes.

Les efforts, la marche, la toux, provoquaient l'apparition de ces crises.

La malade est obligée d'entrer à l'hôpital. Elle y subit un long traitement pendant six mois : Potions au salicylate de soude, frictions au salicylate de méthyle, pointes de feu, bains sulfureux, bains de caisse et enfin électricité.

L'amélioration est très lente à se produire, enfin les crises diminuent d'intensité, deviennent plus rares et finissent par disparaître ; la douleur continue à son tour finit par s'atténuer.

En juin, la malade va faire une cure à Barbotan. Se sentant améliorée, elle reprend la vie commune. Pendant six mois elle peut, tant bien que mal, travailler pour gagner sa vie ; mais avec des alternatives de douleurs et de calme.

En février, les phénomènes douloureux se reproduisant, elle est obli-

gée de venir faire un second séjour à l'hôpital. Elle y reste six mois, subit un long traitement qui se termine encore par un second séjour à Barbotan.

Puis de nouveau la malade se remet à travailler. Depuis lors, c'est à dire depuis cinq mois environ, son état est resté stationnaire jusqu'au commencement de janvier, où les douleurs revenant avec plus d'intensité, elle vient à la consultation de M. le professeur Pitres.

Examen le 5 janvier 1908. — Notre attention se porte sur le membre inférieur droit.

La douleur est *continue*, c'est plutôt une sensation d'engourdissement tout le long du nerf sciatique, exagérée par la marche, les efforts.

De temps en temps la malade éprouve des *élancements* douloureux, sensation de torsion sur le trajet du sciatique.

Douleur provoquée. — La toux, l'éternuement, provoquent un élancement. Signe de Lasègue positif. Controlatéral et Bonnet négatifs.

Douleur vive à la pression au niveau des apophyses épineuses des deux dernières lombaires et première sacrée. Douleur à l'échancrure sciatique, douleur à la pression du sciatique à la cuisse, au creux poplité, derrière la tête du péroné.

Large plaque d'hypoesthésie à la face postérieure de la cuisse droite et à la face externe de la jambe, sur toute la région péronière et au mollet.

Attitude normale : pas de scoliose, de hanchement.

Marche. — La malade boite légèrement en marchant.

Relever. — La malade donne le coup d'aile de Minor.

Sensation de faiblesse de la jambe droite.

La force de résistance à la flexion et à l'extension est diminuée par rapport au côté sain.

Troubles trophiques. — Légère adipose sous-cutanée du membre inférieur droit. Affaissement du pli fessier droit. Amaigrissement de la cuisse et de la jambe droite.

Différence de volume de 4 centimètres à la cuisse, à 15 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de 3 centimètres au mollet.

Excitabilité musculaire au courant faradique, très diminuée pour tous les muscles du membre inférieur droit,

Réflexes. — Rotuliens, égaux et vifs. Achilléens, vif à gauche, *aboli à droite.*

Plantaire. — Plus faible à droite. En flexion, formule normale.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Névrite du crural et du sciatique gauche chez un tuberculeux.

Pierre D..., vingt-trois ans, berger, a eu une bronchite chronique qui l'a fait réformer pendant son service militaire.

Il n'a jamais eu de blennorrhagie, de syphilis, ni d'antécédents alcooliques.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois, il a été pris d'une douleur sourde, continue, à la face antérieure de la cuisse, partant du triangle du Scarpa et descendant jusqu'au genou. Un mois après, apparition d'une douleur analogue à la fesse gauche; douleur vive qui s'est étendue le long du sciatique jusqu'au creux poplité. La douleur est allée en augmentant rapidement d'intensité; les paroxysmes sont rares, de temps en temps quelques lancées spontanées.

Les mouvements exagèrent considérablement la douleur, aussi le malade est-il obligé de rentrer à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Picot; à ce moment la toux et l'éternuement répondent douloureusement.

Examen. — Jeune homme très amaigri couché sur le flanc droit; la jambe gauche est à demi fléchie sur la cuisse et celle-ci à demi-fléchie le bassin. Les muscles de la cuisse sont le siège d'une contracture douloureuse qui s'oppose à toute tentative de redressement du membre. Toute la cuisse est le siège de la douleur; mais les deux points qui paraissent le plus douloureux spontanément sont l'émergence du crural et du sciatique.

C'est à ce niveau, en effet, que la pression détermine la douleur la plus vive; la palpation permet de sentir que le tronc nerveux est très augmenté de volume. Les muscles sont douloureux à la pression, mais les points les plus douloureux sont situés sur le trajet du sciatique, jusqu'au creux poplité et sur le trajet du nerf crural.

L'extension du membre et même le moindre mouvement étant très douloureux, nous n'avons pas recherché le signe de Lasègue, le signe de Bonnet.

L'examen de la sensibilité objective nous permet de constater que la surface cutanée de la cuisse est le siège d'une hyperesthésie très nette à la piqure.

Le réflexe rotulien et l'achilléen sont plus vifs à gauche. Il y a ébauche de trépidation épileptoïde du pied gauche.

On constate un amaigrissement assez prononcé de la cuisse gauche : il y a une diminution de volume de 2 centimètres par rapport au côté sain.

L'exploration électrique n'a pas été faite.

A l'examen du poumon on constate que tout le poumon gauche est le siège de râles humides.

Le malade a beaucoup maigri, il a de la température.

L'ophtalmo-réaction est positive ; réaction intense.

On porte le diagnostic de névrite du nerf sciatique et du nerf crural, chez un tuberculeux.

3° *Analyse et Discussion.*

Dans les trois cas que nous venons de rapporter, le diagnostic de névrite s'impose et cependant le tableau clinique n'est pas identique.

Dans l'observation VI et l'observation VII il s'agit de névrites probablement toxiques et par conséquent chroniques ; nous constatons, en effet, que le début de la maladie est fort éloigné, que l'affection a eu des moments d'accalmie et des moments de recrudescence ; que le membre s'est atrophié petit à petit, lentement, sans réaction générale.

Dans l'observation VIII, au contraire, il s'agit d'une névrite aiguë, avec réaction générale de l'organisme, il s'agit d'une névrite chez un tuberculeux avancé,

Il faut dire, cependant, que le plus souvent la sciatique névrite est une névrite chronique à longue portée, c'est elle qui fait le type de la sciatique névrite de Landouzy.

Si nous analysons les deux cas que nous avons rapportés, il nous est facile d'en dégager un tableau clinique qui se rapproche beaucoup de celui décrit par Landouzy.

1° Le mode de début est variable ; le plus souvent c'est une douleur sourde, continue, une sensation de rongement qui ouvre la scène ; mais il peut y avoir un début plus brusque, ce sont alors des lancées très vives qui marquent le début de l'affection.

2° La douleur une fois constituée devient continue. Sa topographie est très variable ; elle peut s'étendre à tout le nerf et suivre une marche ascendante ou descendante, comme aussi elle peut rester localisée à une partie du tronc nerveux à une de ses branches.

3° Cette douleur est continue, elle est diurne et nocturne ; le plus souvent c'est une sensation de rongement, de fourmillement le long du nerf ; de temps en temps le malade ressent comme des crampes, comme une torsion douloureuse de son nerf.

4° Les paroxysmes spontanés sont très rares.

5° La douleur provoquée est intense. La marche l'exagère, quelquefois aussi la toux et l'éternuement. Le signe de Lasègue est toujours positif et très marqué.

La pression du nerf est douloureuse, les points que l'on trouve le plus souvent sont le point fessier et le point péronier. La douleur à la pression est surtout accusée à la cuisse tout le long du tronc nerveux.

6° L'amaigrissement du membre est de règle, il est plus ou moins marqué suivant l'intensité de la névrite et la durée de l'affection. L'adipose sous-cutanée est fréquente, ainsi que des troubles trophiques du côté de la peau et des ongles.

La force musculaire peut être diminuée.

L'excitabilité musculaire est le plus souvent diminuée au courant faradique.

Il peut y avoir réaction de dégénérescence.

7° L'abolition du réflexe achilléen du côté malade est pour ainsi dire de règle. L'affaiblissement du réflexe rotulien est fréquent.

La sensibilité objective est souvent modifiée, on constate le plus souvent de larges plaques d'anesthésie au d'hypoesthésie, sans topographie radiculaire.

8° Le tronc nerveux est le plus souvent augmenté de volume, il est perceptible à la palpation.

9° La sciatique névrite est le plus souvent une affection à longue portée que l'on voit durer des mois et des années avec des alternatives de calme et de recrudescence.

Le diagnostic est facile dans les cas graves, lorsque l'atrophie musculaire est bien marquée, que la force musculaire est diminuée ainsi que l'excitabilité musculaire au courant électrique; mais il est plus délicat quand le seul symptôme est le symptôme douleur.

Le diagnostic ne sera complet que lorsque on aura trouvé l'étiologie de la névrite, soit infection, intoxication ou traumatisme quelconque.

Le pronostic est toujours sérieux, il dépend surtout de la nature étiologique de la névrite, de la durée de la maladie et du degré d'altération des fibres nerveuses.

Le traitement devra poursuivre deux buts principaux :

a) Supprimer la cause, infection, intoxication ou compression quelconque; ce sera le traitement particulier à chacune de ces maladies.

b) Régénérer autant que possible la fibre nerveuse et pour cela avoir surtout recours au traitement électrique.

Pour calmer les douleurs on usera surtout des médicaments analgésiques et des pointes de feu.

C) Sciatique-névralgie tronculaire.

De la sciatique d'origine fasciculaire que nous venons de décrire, nous croyons pouvoir rapprocher la sciatique-névralgie des auteurs que l'on trouve décrite par tous les classiques.

« La douleur est surtout intermittente, paroxystique; elle éclate brusquement, sous forme d'exaspérations douloureuses, qui peuvent constituer des accès.

» La douleur continue n'existe pour ainsi dire pas. Au repos, le malade ne souffre pas.

» La douleur est provoquée facilement par la manœuvre de Lasègue et surtout par la pression des points de Valleix. La maladie a débuté brusquement; son pronostic est bon.

» La sensibilité est rarement modifiée; les réflexes sont intacts. Il n'y a pas de troubles trophiques ni d'amaigrissement du membre ».

Tel est le type que Landouzy décrit sous le nom de sciatique-névralgie, le plus souvent d'origine rhumatismale.

Nous croyons pouvoir dire, d'après le résultat de nos observations, que les cas de ce genre sont plutôt rares; nous n'avons relaté qu'une seule observation que l'on puisse rapprocher de ce type clinique.

Il nous semble difficile d'admettre qu'il s'agit là d'une névralgie *sine materia*; il est très possible que l'on ait affaire à une congestion passagère du nerf, ou bien à un œdème périnévritique, de telle sorte qu'on pourrait peut-être revenir pour les cas de ce genre, qui réalisent pleinement le type décrit par Valleix, à la conception pathogénique esquissée par Cotugno.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Auguste N..., soixante-trois ans, tonnelier, est sujet aux fluxions rhumatismales. Il a eu plusieurs crises de rhumatisme polyarticulaire aigu. Pas de syphilis, de blennorragie, d'alcoolisme.

Début brusque de sa maladie, il y a quinze jours, par des douleurs violentes dans la fesse droite, s'irradiant le long du sciatique. La douleur n'est pas continue, elle est provoquée par le moindre mouvement; la toux et l'éternument sont sans effet. De temps en temps, le malade a des crises paroxystiques spontanées, véritables lancées tout le long du nerf. Les crises sont aussi fréquentes le jour que la nuit; elles sont surtout provoquées. Douleur à la pression au niveau de l'échancrure sciatique du creux poplité, derrière la tête du péroné et la malléole externe. Le signe de Lasègue est positif. Signe de Bonnet négatif. Pas de troubles trophiques du membre. Pas de troubles de la sensibilité cutanée. Attitude normale; pas de scoliose. Les réflexes sont tous normaux. Urine normale.

Le malade a été guéri par le salicylate de soude, l'aspirine et quelques pointes de feu.

CHAPITRE III

SCIATIQUES D'ORIGINE RADICULO-MÉDULLAIRE OU SCIATIQUES RADICULAIRES

1^o Définition. — Nous faisons entrer dans cette catégorie toutes les sciatiques dans lesquelles la cause d'irritation agit non plus sur les filets terminaux du nerf, non plus sur le tronc nerveux lui-même, mais directement sur ses racines sensibles.

Causes. — N'ayant pas le contrôle de l'anatomie pathologique, et la région ne se prêtant pas à un examen direct, on en est réduit à des hypothèses concernant la nature de la cause traumatisante; mais il est très probable, certain même, qu'ici, comme pour le tronc nerveux lui-même, on peut diviser les causes en extra-radiculaires et intra-radiculaires.

Il est très possible qu'à chacun de ces groupes corresponde un type clinique différent, comme pour la sciatique d'origine fasciculaire; mais, faute de moyens de contrôle, nous en sommes réduits à n'étudier qu'un seul type clinique de sciatique d'origine radiculaire, que nous tâcherons de dégager et d'opposer aux types que nous avons déjà décrits.

Les causes extra-radiculaires sont, le plus souvent, des tumeurs de la colonne vertébrale, mal de Pott ou cancer, qui

viennent comprimer les racines. Ici encore, le traumatisme peut simplement irriter la racine sans l'altérer, comme aussi il peut en altérer les éléments et aller même jusqu'à sa destruction.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses médianes, les racines peuvent être prises des deux côtés, et l'on a alors la sciatique double le plus souvent névrite, que Raymond a étudiée chez les cancéreux.

Mais il est facile de concevoir l'existence de petites tumeurs unilatérales exostoses, gommes ou paquets de pachyménin-gite, qui viennent comprimer une ou plusieurs racines.

Enfin, la racine, comme le tronc nerveux, est susceptible elle aussi d'être frappée directement, d'être altérée, de subir un traumatisme interne; autant de causes qui produiront la sciatique radiculaire. Parmi ces causes, nous considérons la syphilis comme la plus fréquente; après elle viendrait l'alcoolisme et les infections, surtout l'infection tuberculeuse.

Soit que le hasard nous ait servi dans notre collection d'observations, soit plutôt que la sciatique radiculaire est en réalité plus fréquente qu'on ne le croit, nous avons pu réunir sept observations nouvelles de sciatique radiculaire.

Nous allons en donner un résumé aussi complet que possible; nous essayerons ensuite d'en dégager un type clinique, comme nous l'avons fait pour les groupes que nous avons déjà étudiés.

2^e OBSERVATIONS

OBSERVATION X (Personnelle)

Sciatique gauche radiculaire.

Marie B..., quarante-un ans, ménagère.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires ou personnels. La

malade a toujours eu une très bonne santé. Jamais de maladies infectieuses, pas de syphilis avouée, ni probable; pas d'antécédents alcooliques, ni d'intoxications.

Elle est mariée; son mari jouit d'une excellente santé; elle a deux enfants vivants et bien portants; pas d'avortement.

Histoire de la maladie. — Début, il y a trois mois, par une douleur sourde à la partie antéro-externe de la jambe gauche, au cou du pied et à la face dorsale du pied : sensation de rongement, continue, exagérée surtout la nuit.

Insensiblement la douleur augmente d'intensité et gagne vers le haut; elle s'étend à toute la face postérieure de la cuisse, puis remonte à la fesse gauche. Le creux poplité est respecté. La douleur met un mois environ à remonter jusqu'à la racine du membre.

Augmentation progressive de l'intensité de la douleur.

La boiterie augmente et la malade doit cesser tout travail.

A ce moment, sensation de rongement au niveau de la fesse gauche et de la région péronière.

La toux, l'éternuement provoquent une lancée douloureuse au niveau de la fesse.

Chaque nuit, exacerbation légère de la douleur. « On dirait, dit la malade, que l'on me récurse les chairs avec un couteau ». Au réveil, la jambe est engourdie.

Cet état très douloureux persiste pendant deux mois; puis, petit à petit, les choses se calment sans disparaître complètement et la malade vient à la consultation de M. le professeur Pitres.

Examen. — A ce moment, c'est la fesse gauche et la région péronière qui sont le siège de la douleur : sensation de rongement exagérée, surtout la nuit.

La pression n'éveille qu'une douleur très légère au niveau de l'échancre sciatique, derrière la tête du péroné et dans la gouttière péronéo-tibiale. Tout le reste du nerf sciatique n'est pas sensible à la pression.

Le signe de Lasègue n'éveille qu'une très faible douleur dans la fesse gauche.

Le controlatéral et le Bonnet n'existent pas.

Les articulations et le squelette sont sains. Les masses musculaires ne sont pas douloureuses à la pression.

Zone d'hypoesthésie à la face externe de la cuisse gauche et de la jambe gauche : surtout *marquée à la région péronière*, bande longitudinale affectant le territoire de la quatrième et de la cinquième racine lombaire.

La motilité est normale. Attitude normale. Légère boiterie douloureuse. Pas de troubles trophiques bien nets. Le mollet gauche paraît légèrement amaigri.

Réflexes. — Rotuliens normaux et égaux ; achilléens : droit normal, *gauche aboli*.

Plantaires. Normal à droite, formule normale, *aboli à gauche*.

Autres appareils normaux. Urine normale.

Traitement. — Une injection d'air dans la fesse, n'amène aucune amélioration.

Une série de piqûres de biiodure, n'amène pas une amélioration notable.

On fait prendre des pilules de belladone à la malade et des bains de caisse ; elle revient sans être améliorée.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Sciatique gauche radiculaire.

Paul D..., quarante-deux ans, employé de magasin.

Antécédents personnels. — Rougeole et fièvre typhoïde dans son jeune âge. Pas de rhumatisme, de blennorragie, pas de syphilis avouée ni probable.

Exerçant tout d'abord la profession de voyageur de commerce, il boit d'une façon immodérée : il prend, chaque jour, une moyenne de cinq à six apéritifs et autant de petits verres.

Vers l'âge de trente ans, il est pris de troubles gastriques avec pituite matinale, tremblement des mains, réverbération nocturne. Il boit alors plus modérément, mais sans cesser complètement.

Histoire de la maladie. — Début en novembre 1905, par une douleur sourde, limitée au mollet, perceptible surtout le matin au lever.

Deux mois après, une douleur analogue est apparue à la fesse gauche, douleur intermittente très supportable au début.

Petit à petit, augmentation dans l'intensité des deux douleurs qui sont restées séparées l'une de l'autre, la marche est devenue plus difficile ; la toux, l'éternuement provoquent des lancées douloureuses. Bientôt sont apparues des douleurs paroxystiques : véritables lancées, ressemblant à des coups de couteau ; ces crises ne revenaient que tous les deux ou trois jours ; de temps en temps, sensation de torsion.

La douleur augmentant sans cesse et s'étendant tout le long de la face externe de la jambe, le malade rentre à l'hôpital, service de M. le professeur Picot.

A ce moment, nous dit-il, la pression exerçait une douleur très vive à la fesse, au niveau du péroné et de la malléole externe. Le signe de Lasègue existait.

Depuis le mois de juin jusqu'en novembre, le malade suit un long traitement : salicylate de soude, aspirine, pyramidon, pointes de feu, bains de caisse, bains sulfureux, injection d'air, enfin, électrothérapie.

L'amélioration a été lente à se produire.

Au moment de notre examen, le malade est presque guéri. Il n'éprouve plus qu'un léger engourdissement au niveau de la fesse et de la région péronière gauche.

La pression réveille une légère douleur au niveau de l'échancrure sciatique et derrière la tête du péroné. Signe de Lasègue éveille une légère douleur à la fesse.

Pas de controlatéral, ni de Bonnet.

Le squelette, les articulations, sont intacts.

Zone d'hypoesthésie marquée à la région péronière gauche, affectant la forme d'une bande longitudinale et couvrant exactement le territoire de la cinquième racine lombaire. Force musculaire légèrement diminuée à la jambe gauche.

Amaigrissement du mollet gauche. Différence de deux centimètres.

Réflexes rotuliens. — Vifs égaux. *Achilléens.* — droit vif, gauche aboli.

Plantaires. — Égaux, mais faibles.

Urine normale.

Le malade sort de l'hôpital presque guéri.

OBSERVATION XII (résumée).

Sciatique droite radiculaire.

Léon V..., quarante-quatre ans, employé de commerce.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance.

Blennorrhagie à dix-huit ans. Pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

A vingt-trois ans fièvre typhoïde, à trente-cinq ans pneumonie.

A trente-huit ans, le malade ayant de la polyphagie, de la polyurie, de la polydipsie et de l'impuissance, va consulter le docteur Babinski qui le trouve atteint de diabète. Il est soigné pendant trois mois à l'hôpital et sort guéri.

A quarante ans, pleurésie droite.

Histoire de la maladie. — En juillet 1907, le malade est pris brusquement, au repos, d'une douleur très vive dans la fesse droite, s'irradiant vers le bas jusqu'au mollet. Douleur très vive, très aiguë, qui a persisté. Le malade entre à l'hôpital dans le service de M. le docteur du Magny. A ce moment, il présente de la polydipsie et de la polyurie. Deux analyses d'urines faites à ce moment ne décèlent pas la présence de sucre.

La maladie se prolonge pendant deux mois; il prend de l'extract thébaïque. Enfin la douleur s'atténue et le malade sort de l'hôpital.

Au commencement d'octobre, c'est-à-dire un mois après, nouvelle douleur très aiguë le long du sciatique droit. Le malade entre à l'hôpital, service de M. le professeur Pitres.

A ce moment le malade accuse des douleurs très vives, lancinantes, apparaissant à l'occasion des mouvements, de la toux, de l'éternuement, de la défécation. Les douleurs suivent le trajet du sciatique droit jusqu'à la malléole externe. La toux provoque des douleurs très fortes, véritables lancées, s'étendant de la fesse à la malléole externe, en suivant le trajet du nerf sciatique.

Les douleurs sont surtout provoquées; la douleur continue est insignifiante; il n'y a pas de crises douloureuses spontanées.

Signe de Lasègue éveille une douleur très vive à la fesse et à la

cuisse. Le signe de Bonnet et le controlatéral existent également. Douleur à la pression sur tout le trajet du nerf sciatique, pas de points douloureux plus marqués.

Pas de troubles trophiques du membre inférieur droit.

Examen de la sensibilité objective : on constate que la moitié droite de la face et du corps est sensiblement hyposthésique. Au membre inférieur droit, on constate en outre l'existence d'une longue bande longitudinale d'anesthésie, sur la face postéro-externe du membre, couvrant exactement tout le territoire d'innervation de la cinquième racine lombaire et des deux premières racines sacrées.

Abolition du réflexe pharyngien et rétrécissement du champ visuel.

Réflexes. — Rotuliens, égaux et normaux. Achilléen, plus faible à droite.

Plantaires égaux et normaux.

En se relevant, le malade donne le grand coup d'aile (signe de Minor) avec le bras gauche.

Le malade est atteint de bronchite chronique suspecte.

Urine normale.

Traitement. — Extrait thébaïque à dose croissante. Le malade paraît amélioré mais pas guéri complètement. Notons qu'il a toujours de la polyphagie, de la polydipsie, de la polyurie. L'examen des urines ne décèle pas de sucre.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VERGER.)

Sciatique gauche radiculaire.

Guillaume D..., cinquante six ans.

Le malade avait toujours eu une santé excellente quand il contracta à l'âge de quarante six ans, à la suite d'un coït illégitime, une ulcération du gland. Cette ulcération unique et pas douloureuse dura une quinzaine de jours,

Quelque temps après, le malade eut une éruption de taches rougeâtres sur le corps, qui disparurent sans traitement. Il n'a pas de souvenance d'avoir eu de maux de gorge répétés.

Cinq ans après, il est pris de douleurs rhumatismales qui se sont localisées tour à tour aux quatre membres.

Il est obligé de rentrer à l'hôpital; il en sort guéri à la suite d'un traitement antisiphilitique.

Histoire de la maladie. — Il y a huit mois, il ressent des douleurs assez vagues d'abord, mais progressives dans la région lombaire et la fesse gauche. La douleur est continue et s'étend rapidement jusqu'au mollet. Il y a des crises douloureuses spontanées; ces crises douloureuses *reviennent* surtout *la nuit*; le malade est réveillé presque chaque nuit par des crises assez fortes qui durent plus d'un quart d'heure.

Le malade n'a jamais de crises spontanées dans la journée.

La douleur continue est plus faible, la marche, la toux, l'éternuement, exagèrent la douleur.

Le signe de Lasègue est positif, mais la douleur provoquée est faible.

Signe de Bonnet et controlatéral positifs.

La pression éveille de la douleur au niveau de l'échancrure sciatique, au niveau des apophyses épineuses, au niveau de la cuisse, derrière la tête du péroné.

Pas de troubles trophiques du membre, pas de varices.

L'attitude est normale, il n'y a pas de scoliose.

L'examen de la sensibilité objective permet de constater la présence d'une bande longitudinale d'hypoesthésie. Sur la face postérieure et externe de la jambe, à topographie radiculaire: territoire de la cinquième racine lombaire et de la première racine sacrée.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont faibles à gauche et normaux à droite.

Le réflexe plantaire au chatouillement est aboli à gauche et normal à droite.

Le malade se plaint en outre de céphalées à exacerbation nocturne; on trouve dans l'aîne des petits ganglions, multiples, durs et indolents.

On fait une ponction lombaire: On retire 8 centimètres cubes de liquide clair, coulant goutte à goutte, rapidement.

Les premières gouttes sont légèrement teintées de sang.

A l'examen du culot, on trouve des hématies en grand nombre et trois à cinq lymphocytes par champ d'immersion. Quelques gros mononucléaires.

On porte un diagnostic de sciatique radiculaire syphilitique et on fait un traitement énergique sous forme d'injections intramusculaires.

L'amélioration ne tarde pas à se produire et au bout de deux mois le malade quitte l'hôpital guéri, non seulement de sa sciatique, mais aussi de ses maux de tête.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VERGER.)

Sciatique radiculaire syphilitique.

François G..., trente-trois ans, arrimeur, a eu un bouton à la verge à l'âge de vingt-deux ans ; deux mois après mal de gorge qui a duré assez longtemps et qui s'est renouvelé souvent. Depuis cette époque maux de tête fréquents, à exacerbation nocturne.

Il y a trois ans, il a eu une première atteinte de sciatique, la douleur a débuté par le pied et est remontée tout le long de la cuisse.

Il a gardé l'hôpital pendant deux mois et est sorti guéri.

La douleur est revenue très vive il y a trois mois. C'est une douleur non pas continue, mais paroxystique. La marche, les efforts provoquent une lancée sur le trajet du nerf ; mais les crises paroxystiques spontanées surviennent *surtout la nuit* pendant son sommeil, elles durent un quart d'heure environ.

Douleur à la pression du nerf sciatique, accusée surtout au niveau de l'échancrure, du creux poplité, de la tête du péroné, de la malléole externe.

Signe de Lasègue et de Bonnet positifs. La toux et l'éternuement répondent douloureusement.

Pas de troubles trophiques ; attitude normale, pas de scoliose. Zone d'hypoesthésie à la face postéro-externe de la cuisse et à la face postéro-externe de la jambe : bande longitudinale radiculaire affectant le

territoire de la cinquième racine lombaire et de la première et de la deuxième racine sacrée.

Les réflexes sont tous normaux. Urine normale.

Le malade a été guéri par le traitement spécifique.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé VERGER.)

Sciatique droite radiculaire.

Jean L..., âgé de soixante-sept ans, arrimeur, a toujours eu une bonne santé. Il n'a jamais eu de maladies infectieuses, il nie tout antécédent spécifique. Il avoue avoir bu d'une façon exagérée, surtout du vin, très peu d'apéritifs.

Sa maladie a débuté il y a deux mois, par une douleur sourde d'abord, dans la région lombaire; la douleur est descendue ensuite dans la fesse et la cuisse droite.

Douleur continue, sensation de rongement, surtout intense *la nuit*. Très peu de paroxysmes spontanés.

La marche devient pénible, la douleur provoquée est assez forte; la toux, l'éternuement et les efforts de défécation provoquent des lancées douloureuses dans la fesse droite.

A l'examen, on constate que la pression éveille de la douleur au niveau de la malléole externe, derrière la tête du péroné, au niveau de l'échancrure sciatique. Enfin l'apophyse de la quatrième lombaire est douloureuse à la pression.

Le signe de Lasègue est positif, mais pas très marqué. Léger signe de Bonnet, pas de controlatéral.

L'attitude est normale, légère déviation de la colonne vertébrale, scoliose homologue peu prononcée.

Le membre paraît un peu amaigri, surtout au niveau du mollet, il n'y a pas de troubles trophiques.

L'examen de la sensibilité objective permet de constater l'existence d'une longue bande d'hypoesthésie, bande longitudinale, sur la face postéro-externe de la cuisse et de la jambe, dont la topographie corres-

pond exactement au territoire d'innervation de la cinquième racine lombaire et des deux premières sacrées.

Les réflexes rotuliens sont égaux et normaux, le réflexe achilléen très affaibli à droite.

On fait une ponction lombaire. On retire 10 centimètres cubes de liquide clair, eau de roche, qui s'écoule goutte à goutte. A l'examen microscopique on peut compter 5 à 7 lymphocytes par champ d'immersion. Pas d'autres éléments.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Sciatique radiculaire droite.

Marius L..., trente-huit ans, arimeur.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents spécifiques; le malade nie énergiquement tout accident syphilitique. Deux blennorragies, l'une à dix-huit et l'autre à vingt-quatre ans.

Il est marié, sa femme est bien portante, n'a jamais été enceinte.

Il avoue des habitudes alcooliques. A quinze ans il a déjà bu le Pernod; il est arrivé petit à petit à une moyenne de 5 à 6 apéritifs par jour et de 3 à 4 litres de vin.

Il boit ainsi pendant quinze ans, sur 7 francs de paie il dépense journellement 3 francs à boire. Il a perdu l'appétit, il a de la pituite matinale, des crampes dans les mollets, du tremblement des mains, des rêves nocturnes fréquents (animaux féroces, précipice).

L'année dernière, à la suite d'un refroidissement, il contracte une bronchite s'accompagnant de sueurs nocturnes, de fièvre vespérale et de quelques hémoptysies. Il continue à travailler jusqu'au jour où se déclare la douleur de la jambe qui l'amène à l'hôpital.

Histoire de la maladie. — Début le 4 janvier. Le malade était arrêté devant une devanture, quand il a ressenti brusquement à la fesse droite une douleur aiguë, véritable coup de poignard.

Cette douleur lancinante se propageait sur tout le long du nerf sciatique, jusqu'à la malléole externe,

Cette première crise a duré quatre ou cinq minutes : crise très douloureuse qui força le malade à s'appuyer contre la devanture.

La crise cesse brusquement; la jambe n'est plus le siège d'aucun phénomène douloureux et le malade rentre à pied chez lui, comme si rien ne s'était passé.

Une heure après, pendant le repas, éclate une seconde crise, analogue à la première, qui a duré dix minutes environ. Nouvelle cessation brusque de la douleur.

Deux heures après, dans la rue, nouvelle crise, survenant encore brusquement avec une intensité beaucoup plus forte que les deux premières. Le malade s'affale sur le trottoir et est obligé de se faire transporter chez lui.

La douleur lancinante est longue à disparaître; elle s'atténue petit à petit et se transforme en une douleur sourde, continue, qui persiste encore au moment de l'examen.

Pendant quinze jours il garde le lit. Il n'a plus de grandes crises spontanées, mais il éprouve une douleur continue sur tout le trajet du sciatique; le moindre effort, le moindre mouvement déterminent une lancée douloureuse.

La toux et l'éternuement n'ont jamais correspondu très douloureusement.

Au bout de quinze jours la douleur s'atténue; sous l'influence d'applications calmantes, il commence à sortir du lit en trainant la jambe; enfin il se décide à rentrer à l'hôpital où il est admis salle 16, dans le service de M. le professeur Pitres, où nous l'examinons.

Examen le 4 février. — *Douleur spontanée* : 1^o Douleur continue qui semble suivre le trajet du nerf sciatique droit : douleur sourde, sensation d'engourdissement, aussi intense le jour que la nuit ;

2^o Plus de crises douloureuses spontanées. Le malade n'a eu que les trois grandes crises qui ont marqué le début de sa maladie.

Douleur provoquée : La marche est douloureuse, elle provoque des fourmillements; sensation d'un groupe de fourmis qui descend de la région fessière, tout le long de la cuisse, jusqu'au creux poplité, où elle disparaît, pour reparaitre au niveau de la malléole.

La toux, l'éternuement, la défécation n'exagèrent pas la douleur.

La pression éveille une douleur vive, locale, au niveau de l'échancrure

sciatique, à la face postérieure de la cuisse, sur le trajet du nerf jusqu'au creux poplité, et enfin en arrière de la tête du péroné.

Signe de Laségue positif à 45°; douleur vive dans la fesse droite.

Le signe de Bonnet et le controlatéral n'existent pas.

Sensibilité objective : Toute la face postéro-externe de la cuisse et de la jambe droite est hypoesthésique à la piqure. Mais il est facile de constater l'existence de deux bandes d'hypoesthésie plus marquée : l'une tout le long de la face externe de la cuisse, bande longitudinale s'étendant de la racine de la cuisse au genou; l'autre également longitudinale s'étendant à la face externe de la jambe depuis la tête du péroné jusqu'au cou du pied. Ces deux bandes correspondent exactement aux territoires des 4^e et 5^e racines lombaires.

Motilité : Attitude debout: légère scoliose homologue. Pas de Romberg. Force musculaire conservée; pas de contracture.

Troubles trophiques : Pas d'amaigrissement du membre, pas d'adipose sous-cutanée.

Réflexes : Rotuliens, achilléens et plantaires égaux mais très vifs.

(Légère ébauche de trépidation épileptoïde des deux pieds).

Réflexes du membre supérieur vifs.

Pupilles normales.

Appareil pulmonaire : Respiration saccadée; inspiration rude; expiration prolongée et soufflante au sommet gauche; de temps en temps quelques petits craquements.

Traitement : Repos complet; suralimentation; toniques.

Pointes de feu le long du sciatique.

Amélioration lente mais progressive; le malade sort guéri à la fin février.

3^e Analyse et discussion.

Les sept cas que nous venons de rapporter nous paraissent être des sciatiques radiculaires. Dans les sept cas, en effet, nous constatons l'existence de troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, seul signe nous permettant d'établir le diagnostic différentiel.

Si nous voulons analyser ces observations, et par cet examen tirer quelques conclusions concernant la sciatique radiculaire, nous pourrions constater :

a) La grande fréquence de cette forme particulière de sciatique, puisque sur vingt-une observations que nous avons entre les mains, il s'en trouve sept de sciatique radiculaire.

Maintenant que l'on connaît bien cette forme de sciatique, maintenant que l'on s'attache dans tous les cas à rechercher les troubles de sensibilité, et quand on les a constatés à déterminer leur topographie exacte, il est tout naturel que l'on rencontre assez fréquemment des sciatiques radiculaires. Pour nous, nous sommes persuadés que cette forme de sciatique est la plus fréquente, puisque sur une vingtaine de cas personnels nous l'avons rencontrée sept fois.

On peut même aller plus loin et dire que bien des sciatiques radiculaires échappent à notre diagnostic; celui-ci, en effet, ne se fait que lorsqu'on a constaté l'existence de troubles de sensibilité à topographie radiculaire; mais nous savons parfaitement que toutes les sciatiques ne s'accompagnent pas de troubles de sensibilité; la proportion serait de 50 p. 100, d'après Dubarry; il est très probable qu'il existe des sciatiques radiculaires sans bandes d'hypoesthésie. La racine irritée peut simplement réagir par de la douleur, sans qu'il se produise pour cela des troubles de la sensibilité cutanée.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons considérer comme fréquente la sciatique radiculaire.

b) Son étiologie nous échappe souvent, car nous n'avons pas le contrôle de l'anatomie pathologique. Nous pouvons admettre cependant, avec Régis Berthéol, qu'il faut incriminer le plus souvent un processus syphilitique. Sur sept observations nous en trouvons deux appartenant à des syphilitiques avérés (Obs. XIII et XIV). Nous avons relevé, en effet, des accidents spécifiques antérieurs et enfin le traitement mercuriel a amené la guérison.

Dans l'un des deux cas, la ponction lombaire a été prati-

quée et a permis de constater l'existence d'une lymphocytose très nette.

L'Observation IX peut être rapprochée des deux précédentes; il s'agit encore ici d'une sciatique radiculaire dont l'allure ressemble un peu à celle des deux autres. Bien que les antécédents, au dire du malade, aient paru intacts de syphilis, on admit l'hypothèse d'une syphilis ignorée; on fit une ponction lombaire qui permit de constater ici encore de la lymphocytose. Le traitement mercuriel amena une amélioration rapide.

Après le processus syphilitique il nous faut signaler l'alcoolisme que nous relevons dans deux observations (Observation XI et XVI).

Dans celle-ci cependant, l'étiologie reste un peu incertaine puisque le sujet était en même temps alcoolique et tuberculeux.

L'observation XII est celle d'un diabétique; quant à l'observation X, il nous a été impossible d'en déterminer l'étiologie.

Si les sciaticues radiculaires nous paraissent dues, le plus souvent, à un processus syphilitique ou alcoolique, nous croyons que toutes les autres infections ou intoxications peuvent porter leur action nocive aussi bien sur les racines que sur le tronc. Il ne faudra pas oublier la compression possible des racines par une tumeur de nature cancéreuse.

c) *La Symptomatologie* de ces sciaticues radiculaires a-t-elle un type différent? Si nous comparons ensemble nos sept observations et que nous en dégagions un type clinique basé sur des caractères communs, nous pouvons dire que la *sciatique radiculaire* nous paraît répondre au type suivant:

1° La topographie de la douleur spontanée est variable; mais le plus souvent la région sacro-lombaire, la fesse et la face externe de la jambe sont prises; la douleur présente souvent deux localisations distinctes, l'une à la fesse, l'autre à la région péronière.

2° La douleur est continue; c'est une sensation de rongement plus ou moins intense; le plus souvent diurne et nocturne, elle paraît exagérée la nuit.

3° Les paroxysmes sont fréquents, tantôt ils sont constitués par une simple augmentation de la sensation de rongement, tantôt, au contraire, ils sont formés d'élançements très douloureux.

Dans les deux cas de sciatique radiculaire syphilitique, rapportés aux observations XII et XIII, *les crises paroxystiques ne sont jamais survenues que la nuit.*

Nous considérons ce caractère comme très important pour le diagnostic de syphilis causale. Même en l'absence de commémoratifs, si les crises paroxystiques spontanées ne surviennent que la nuit, presque à heure fixe, il faudra toujours incriminer la syphilis et pratiquer la ponction lombaire pour rechercher la lymphocytose.

4° La douleur provoquée est variable. Le plus souvent la marche l'exagère, sans toutefois obliger le malade à garder le repos. La nuit, la chaleur du lit augmentant l'intensité du rongement, il arrive fréquemment que ces malades ne pouvant rester couchés, vont et viennent dans leur chambre.

La toux, l'éternuement, les efforts de défécation répondent douloureusement. L'exagération à la toux est un phénomène pour ainsi dire constant; nous lui attribuons avec Déjerine une grande valeur diagnostique, sans en faire un signe pathognomonique, puisqu'on le trouve parfois dans le cas de sciatique tronculaire.

5° Le signe de Lasègue existe pour ainsi dire toujours, mais il est très peu accusé; il faut presque toujours forcer la flexion du membre sur le bassin pour déterminer à la fesse, et le plus souvent à la région lombaire, une sensation douloureuse de tiraillement.

Le controlatéral et le Bonnet peuvent exister; le controlatéral paraît plus fréquent.

6° Les points de Valleix sont peu marqués; la douleur pro-

voquée par la pression n'est jamais très forte; le point apophysaire est fréquent, ainsi que le point fessier et le point péronier.

7° L'atrophie musculaire est rare, on constate souvent un léger amaigrissement du mollet correspondant.

Le réflexe rotulien est conservé normal, le réflexe achilléen est le plus souvent affaibli ou aboli.

On constate souvent l'affaiblissement du réflexe plantaire au chatouillement. Il n'y a pas de signe de Babinski.

Régis Berthéol considère comme fréquente la scoliose homologue, nous ne l'avons observée que dans deux cas sur sept.

8° La sensibilité objective est modifiée; les troubles de la sensibilité affectent une topographie radiculaire, qui seule permet de confirmer le diagnostic. Il est intéressant de savoir qu'elles sont les racines le plus souvent atteintes.

Nous pouvons dire qu'à ce point de vue le résultat de nos recherches concorde absolument avec celui de Régis Berthéol.

TABLEAU

Dans l'observation X	4 ^e et 5 ^e lombaires.
Dans l'observation XI	5 ^e lombaire.
Dans l'observation XII	5 ^e lombaire, 1 ^{re} et 2 ^e sacrées.
Dans l'observation XIII	5 ^e lombaire, 1 ^{re} sacrée.
Dans l'observation XIV	5 ^e lombaire, 1 ^{re} et 2 ^e sacrées.
Dans l'observation XV	5 ^e lombaire, 1 ^{re} et 2 ^e sacrées.
Dans l'observation XVI	4 ^e et 5 ^e lombaires.

Nous voyons que dans tous les cas la 5^e lombaire est prise; après elles viennent, par ordre de fréquence, la 1^{re} sacrée, la 2^e sacrée et la 4^e lombaire.

Tels sont donc les caractères principaux que nous croyons pouvoir attribuer au type de la sciatique radiculaire; la place principale y est toujours tenue par la topographie des

troubles de la sensibilité, qui seule permettra de porter un diagnostic irréfutable; mais nous croyons que l'ensemble des autres caractères que nous avons signalés comme appartenant à la sciatique radiculaire, peuvent tout au moins mettre sur la voie du diagnostic, sinon permettre d'affirmer ce diagnostic.

Le diagnostic ne sera complet que lorsqu'on sera parvenu à déterminer l'affection causale; compression, syphilis, alcoolisme ou infection.

Il faudra toujours songer, en première ligne à la syphilis, dont l'affection pour les racines sensibles paraît bien démontrée. Dans ce cas l'étude des commémoratifs, la recherche des stigmates de la syphilis, le caractère essentiellement nocturne des paroxysmes et enfin le résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien feront le diagnostic.

Le diagnostic de syphilis écarté, il faudra chercher l'alcoolisme, les infections ou les tumeurs du rachis capables d'exercer une compression sur les racines.

Le pronostic dépendra surtout du diagnostic étiologique; le plus souvent cependant l'affection est longue et rebelle; des altérations des racines pouvant se produire.

Le traitement variera avec l'étiologie. Dans le cas de syphilis, le traitement spécifique améliore toujours et guérit souvent; c'est en quelque sorte la pierre de touche du diagnostic.

Dans tous les autres cas, l'amélioration est beaucoup plus longue à venir, parce que nous avons moins de prise sur la lésion.

Des différentes médications contre la douleur, il semble que la seule qui donne des résultats, soit la médication interne à base d'opium et de belladone, donnés à dose croissante.

Les applications salicylées, les liniments calmants, restent le plus souvent sans effet.

Les pointes de feu à la région sacro-lombaire, les bains de vapeur et surtout les cures hydroménales, paraissent indiquées dans la sciatique radiculaire non syphilitique.

Nous considérons, cependant, la sciatique radiculaire comme étant la forme la plus rebelle au traitement surtout quand elle n'est pas d'origine spécifique.

4° *De la sciatique spasmodique.*

Nous avons vu que Brissaud étudiant les déviations de la colonne vertébrale, avait décrit une scoliose homologue qu'il attribuait à une forme spéciale de sciatique, à la sciatique spasmodique. Il divisait même cette sciatique en sciatique tronculaire spasmodique et névralgie lombo-sacrée spasmodique.

Dans un cas comme dans l'autre, le phénomène caractéristique est constitué par de la contracture musculaire ; dans la sciatique tronculaire spasmodique, cette contracture qui est plus ou moins marquée, s'étend au membre inférieur, elle s'accompagne d'exagération des réflexes et souvent de trépidation épileptoïde ; dans la névralgie lombo-sacrée spasmodique, la contracture des muscles latéraux du tronc produit la scoliose homologue ; ici le tronc du sciatique est respecté, les réflexes sont intacts.

Nous n'avons pas rencontré de sciatique tronculaire spasmodique telle que l'a décrite Brissaud et que l'a étudiée Dupont⁽²⁸⁾ ; mais nous pouvons considérer l'observation XV comme s'en rapprochant un peu. Il s'agit d'une sciatique radiculaire chez un alcoolique tuberculeux. Nous constatons l'existence d'une légère scoliose homologue ; les réflexes sont vifs, exagérés, il y a ébauche de trépidation épileptoïde du pied au membre malade. On ne trouve pas de contracture bien marquée. Comme le sujet est alcoolique, il nous est difficile de dire si les phénomènes de trépidation épileptoïde, d'exagération des réflexes, ne doivent pas être attribués simplement à l'intoxication alcoolique.

Quoiqu'il en soit, nous sommes portés à considérer les phénomènes surajoutés, qui font de la sciatique spasmodique de Brissaud un type différent, comme témoignant d'un certain degré d'irritation médullaire; il nous semble dès lors que les sciatiques spasmodiques doivent être d'origine radiculo-médullaire.

Nous rapportons ici une observation (XVII) qui se rattache à la sciatique spasmodique à cause de l'existence d'une contracture des muscles latéraux du tronc et aussi à la sciatique radiculaire par l'analyse des symptômes. Nous constatons, en effet, l'existence d'une contracture très marquée des muscles latéraux du tronc du côté malade, entraînant une scoliose homologue.

Le tronc du sciatique est respecté. La douleur est localisée à la partie supérieure de la fesse; elle est continue et paroxystique; la toux, l'éternuement, provoquent l'apparition de lancées douloureuses. Les points de Valleix n'existent pas, le signe de Lasègue non plus. Le controlatéral est très net.

On constate une zone d'hyperesthésie qui paraît radiculaire: autant de signes qui nous portent à croire que nous avons affaire à une névralgie lombo-sacrée, à type radiculaire.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Marcelin S..., trente-sept ans, valet de chambre.

Rien à signaler dans les antécédents de ce malade.

Pas de maladies infectieuses, pas de rhumatisme, de blennorrhagie, pas de syphilis avouée ni probable. Pas d'intoxication.

Histoire de la maladie.— Début brusque, il y a quatre jours, au lever, par une douleur très vive dans la fesse droite; douleur lancinante, coup de poignard plusieurs fois répété et à la suite douleur continue.

31 janvier. — Cette douleur continue a pour siège la fesse droite; c'est une sensation profonde de machure sans irradiations.

La douleur est plus forte le jour que la nuit, elle est calmée par le repos, exagérée par la marche. De temps en temps quelques petites crises spontanées. La douleur devient pulsatile ; sensation de battements rythmés au niveau de la fesse droite.

Douleur provoquée. — Exagération de la douleur par la marche, la toux, l'éternuement.

La pression détermine une douleur vive dans la fesse droite sur les deux tiers supérieurs de la fesse, douleur très faible au niveau de l'échancre sciatique.

Pas d'autres points douloureux sur tout le trajet du sciatique.

Le signe de Laségue n'existe pas, pas plus que le signe de Bonnet.

Le controlatéral est positif, il détermine une douleur vive dans la fesse droite sitôt que la jambe est à 45° avec le plan du lit.

Sensibilité objective. — Zone d'hyperesthésie très marquée, s'étendant sur les deux tiers supérieurs de la fesse droite et coïncidant avec la région douloureuse.

Attitude. Debout. — Scoliose homologue bien prononcée. Le corps penche du côté malade, toute tentative de redressement est impossible et détermine une douleur vive ; les muscles de la paroi latérale du tronc sont en contracture permanente et invincible.

Assis. — Le malade s'assied sur la fesse gauche.

Il boite en marchant et penche toujours vers la droite.

Relever. — Premier temps : Il s'assoit à demi.

Deuxième temps : Il se retourne sur le côté malade.

Troisième temps : Il se met à quatre pattes sur les genoux et les mains.

Quatrième temps : Il fléchit la jambe malade pour porter le pied au sol, puis la jambe saine, et il se relève péniblement en grimpant le long de ses genoux.

La force musculaire est conservée.

Le squelette et les articulations sont intacts.

Pas de troubles trophiques. Réflexes normaux.

Traitement. — On ordonne du salicylate de soude le 31 janvier.

Le 5 février, il n'y a pas d'amélioration. On ordonne de l'aspirine.

Le 12 février, légère amélioration ; les crises douloureuses sont plus rares, la marche et la toux exaspèrent toujours la douleur.

Même distribution de la douleur, même zone d'hyperesthésie.

Le 20 février, la douleur persiste plus atténuée; le malade conserve la même attitude, scoliose homologue

On fait une injection d'air au niveau de l'échancrure sciatique. Le malade n'est plus revenu à la consultation.

5° *Sciatique d'origine tabétique.*

5° A l'étude des sciatiques radiculaires, nous rattachons celle des sciatiques d'origine tabétique ou des sciatiques que l'on voit survenir dans les affections du cône terminal.

Nous rapportons l'observation d'une sciatique symptomatique d'un tabes sensitif.

Nous ne croyons pas utile de décrire longuement un type clinique spécial à cette forme de sciatique.

Il nous suffira de dire que ces douleurs sont le plus souvent bilatérales; elles sont inconstantes, la douleur continue n'existe pour ainsi dire pas. On a surtout affaire à des douleurs intermittentes, spontanées, ressemblant aux douleurs fulgurantes. La douleur provoquée est presque nulle.

A côté du symptôme douleur on trouve des phénomènes concomitants. Les sphincters sont souvent touchés, il y a des douleurs vésicales et rectales.

Enfin la recherche des signes du tabes permet de constater l'abolition des réflexes rotuliens des deux côtés, des troubles pupillaires, des anesthésies viscérales; autant de signes qui imposent le diagnostic.

OBSERVATION XVIII (Personnelle).

Sciatique droite symptomatique (Tabes).

Jean C..., cinquante-trois ans; employé de banque.

Rien à signaler dans les antécédents: pas de maladies infectieuses, de blennorrhagie, de syphilis avouée ni probable. Quelques excès alcoo-

liques ; le malade buvait quatre ou cinq apéritifs par semaine ; une moyenne de trois litres de vin et de deux petits verres par jour.

Histoire de la maladie. — Au mois de mai dernier, il fait une chute de bicyclette et se luxé l'épaule gauche.

Un mois après, un matin au lever, il ressent dans le rectum au niveau de l'anus, une douleur lancinante très vive, ressemblant à une piqûre d'aiguille.

Six jours après, nouvelle douleur analogue à la première. Cette douleur va en augmentant, le malade ne peut plus s'asseoir. Il éprouve une sensation de corps étranger dans le rectum, sensation de verre pilé.

De temps en temps, quelques sanglées douloureuses selon l'expression du malade, se font sentir vers les lombes et les membres inférieurs.

Puis le malade éprouve de la difficulté dans la miction et enfin de la rétention complète : il est obligé de se sonder.

Il y a un mois, il ressent tout le long de la face postérieure de la jambe gauche une douleur assez vive qui finit par disparaître.

Enfin, une douleur analogue apparaît à la jambe droite et oblige le malade à rentrer à l'hôpital.

A ce moment, il ressent tout le long du sciatique droit une douleur continue, s'étendant de la fesse au mollet. De temps en temps, quelques lancées spontanées ou provoquées par le mouvement, la toux.

La sensation de corps étranger dans le rectum persiste, de même que la rétention d'urine.

Le nerf sciatique droit est peu douloureux à la pression sur tout son trajet. Le signe de Lasègue est négatif. Le controlatéral et le Bonnet négatifs.

La motilité est normale de même que la sensibilité objective. Pas de signe de Romberg ; pas de diplopie.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Pas d'atrophie musculaire ; pas d'amaigrissement du membre.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

On constate l'existence d'anesthésies viscérales : analgésie du tendon d'Achille (signe d'Abadie), analgésie épigastrique, trachéale, oculaire.

Perte totale des érections. Pas de troubles pupillaires.

On porte le diagnostic de tabes sensitif et de sciatique symptomatique.

6° *Des sciaticques radiculaires sans troubles de la sensibilité objective.*

Nous avons dit que l'élément capital dans la sciaticque radiculaire, le symptôme pathognomonique, consistait dans l'existence de troubles de la sensibilité cutanée à topographie radiculaire; mais nous avons ajouté qu'il peut très bien y avoir des sciaticques radiculaires sans troubles de la sensibilité objective, au même titre que l'on voit des sciaticques d'origine fasciculaire sans troubles de sensibilité cutanée.

Il est évident qu'il nous sera très difficile, par la seule clinique, d'arriver à une certitude à ce sujet; mais nous croyons toutefois, étant donné la symptomatologie de certains cas, pouvoir admettre l'existence de sciaticques radiculaires sans troubles de sensibilité objective.

Nous rapportons, à la suite, deux observations qui nous paraissent pouvoir être considérées comme des sciaticques radiculaires.

Dans la première (Obs. XIX), il s'agit d'une sciaticque syphilitique à *paroxysmes nocturnes*, guérie rapidement par le traitement spécifique. On n'a pas relevé de troubles de sensibilité.

Dans la seconde (Obs. XX), il s'agit, très probablement, d'une sciaticque d'origine rhumatismale; ici non plus nous ne constatons pas de troubles de sensibilité.

Dans ces deux observations, les troubles de la sensibilité cutanée font complètement défaut, et cependant nous croyons pouvoir porter le diagnostic de sciaticque radiculaire.

La première est d'origine nettement syphilitique, puisqu'elle a été guérie par le traitement; or nous connaissons l'affection du virus syphilitique pour les éléments radiculaires.

En outre, la symptomatologie de ces deux cas se rapproche

beaucoup de celle que nous avons attribuée aux sciatiques radiculaires.

Nous constatons, en effet, que le maximum de la douleur spontanée est situé à la région lombaire, à la fesse et à la région péronière; c'est la topographie de choix de la sciatique radiculaire.

La douleur est continue, surtout nocturne; elle présente des crises paroxystiques spontanées.

Le signe de Lasègue n'est pas très marqué, de même que les points de Valleix.

Enfin, la maladie présente un caractère de gravité tout spécial, que nous retrouvons dans toutes les sciatiques radiculaires.

En effet, s'il ne s'agit pas d'une étiologie syphilitique et si, dans celle-ci, on n'institue pas rapidement le traitement spécifique, on voit la maladie s'éterniser malgré toutes les médications.

Nous pouvons donc considérer la sciatique radiculaire comme la forme de sciatique la plus rebelle et la plus grave, après la sciatique névrite.

OBSERVATION XIX

Sciatique gauche radiculaire ?

Louis C..., courtier, âgé de trente ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A l'âge de dix-huit ans, le malade contracte la syphilis. Chancre avec accidents secondaires. Il suit un traitement régulier pendant trois ans.

Il se marie à vingt-trois ans. Sa femme n'a jamais été malade, elle a un enfant né à terme, vivant, bien portant, âgé de huit ans. Elle n'a jamais présenté d'accidents spécifiques; jamais elle n'a eu d'avortement.

Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, notre malade a fait chaque année une période de traitement.

Histoire de la maladie. — Début au mois d'octobre, par une sensation de tiraillement au niveau du mollet gauche, ressentie surtout le matin au réveil.

Cette douleur, d'abord intermittente devient continue et augmente d'intensité. Quinze jours après, une douleur analogue apparaît à la face postérieure de la cuisse sensation de tiraillement qui devient continue.

Ces douleurs, isolées au début, s'étendent peu à peu, marchent à la rencontre l'une de l'autre, et gagnent toute la longueur de la jambe gauche en suivant le trajet du nerf sciatique.

Cette douleur continue est plus forte la nuit que le jour au repos; elle est exagérée par les mouvements.

La maladie reste stationnaire jusqu'au commencement de novembre, le malade peut se livrer à son travail, quoique difficilement.

Au commencement de décembre apparaissent des crises spontanées.

La première débute la nuit pendant le sommeil sous forme de douleurs très vives; sensation de corde douloureuse, tendue de la région lombaire au mollet. La crise est formée de plusieurs tiraillements, elle dure trois à quatre minutes; elle est très douloureuse et arrache des cris au malade.

Cette première crise a duré un quart d'heure.

Depuis lors, les crises sont revenues chaque nuit. Elles ne revenaient que la nuit presque à heure fixe, vers trois heures du matin. Quelquefois le malade avait plusieurs crises dans la même nuit.

Depuis l'apparition des crises, la douleur continue est allée en augmentant, la marche est devenue plus difficile et le malade a dû s'alliter.

Les efforts de toux, de défécation, l'éternuement provoquaient une lancée, mais jamais une crise. Les crises sont toujours restées spontanées.

Pendant tout ce temps le malade a suivi un long traitement (inconnu), qui n'a pas produit d'amélioration.

Le 4 janvier, vers cinq heures du matin, il est tiré de son sommeil par une crise beaucoup plus forte que les autres, qui dure vingt heures. C'est un accès véritable avec des crises de dix à quinze minutes et des intervalles de calme de quinze à vingt minutes.

Après cet accès, le malade se décide à rentrer à l'hôpital, où il est admis salle 16, dans le service de M. le professeur Pitres.

Examen le 20 janvier 1908. — Depuis son entrée à l'hôpital le malade a suivi un traitement spécifique, il est très amélioré, les crises paroxystiques nocturnes ont complètement disparu.

Douleur continue.— Sensation d'engourdissement à la face postérieure de la cuisse et sur tout le trajet du sciatique, que le malade suit du doigt. La douleur est surtout marquée à la région lombaire, à la face postérieure de la cuisse et au mollet.

Douleur intermittente. — Plus de crises spontanées.

Douleur provoquée. — La marche, les efforts : toux, éternuement, défécation provoquent une exagération de la douleur au niveau de la fesse et de la cuisse.

La pression détermine une douleur vive au niveau des apophyses épineuses des deux dernières lombaires et sur la crête sacrée, au niveau de l'échancrure sciatique.

Pas de douleur en arrière de la tête du péroné.

Le squelette, les articulations et les muscles sont intacts.

Le signe de Lasègue positif, éveille une douleur vive au niveau de la fesse gauche et de la région lombaire. Le signe de Bonnet et le controlatéral n'existent pas.

La sensibilité cutanée n'est pas modifiée.

Pas de troubles trophiques.

Attitude normale, pas de scoliose.

Force musculaire intacte, pas de contracture.

Réflexes : tous normaux.

Les autres appareils sont bons. Urine normale.

On constate, dans l'aîne, la présence de petits ganglions, durs, indolores, multiples : ganglion épitrochléen. Cicatrice encore dure du chancre.

Dès son entrée à l'hôpital le malade a pris du biodure et l'iodure de potassium.

Les crises ont cessé très rapidement et ont fini par disparaître. La douleur continue est allée en diminuant d'intensité et le malade sort guéri deux mois après son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VERGER.)

Sciatique droite radiculaire.

Louis P..., cinquante-et-un ans, n'aurait jamais été malade.

Sa maladie a débuté il y a quatre mois, par une douleur sourde, progressive, à la fesse droite; une douleur analogue est apparue au mollet et à la face externe de la jambe.

La douleur est continue, sensation de rongement.

Elle est diurne et nocturne; de temps en temps quelques paroxysmes douloureux.

La marche, la toux, l'éternuement et quelquefois aussi les efforts de défécation exagèrent la douleur.

A l'examen, on constate qu'il n'existe pas de points de Valleix. Le signe de Lasègue, peu marqué, n'est positif qu'à partir d'un angle de 70° environ.

Il n'y a pas de troubles de sensibilité cutanée.

A droite, on constate un peu d'amaigrissement du mollet. Le réflexe achilléen droit est très affaibli. Les médications locales n'ayant produit aucun effet, on donne de l'opium à dose croissante jusqu'à 30 centigrammes par jour. La douleur diminue mais reste toujours localisée à la fesse droite et à la région péronière. Le malade va faire un séjour à Dax, il prend une dizaine de bains de boue et il revient très amélioré mais pas guéri.

CHAPITRE IV

SCIATIQUES D'ORIGINE CENTRALE

Sciatique hystérique. — Le type de ces sciatiques d'origine centrale est la sciatique hystérique; nous n'avons plus de cause d'irritation agissant sur les filets nerveux terminaux, sur le tronc lui-même, ou sur ses racines; le point de départ est central.

La sciatique hystérique a été étudiée successivement par Sauvage, Lagrelette, Achard et Soupault, Bruhl, Babinski et Bézias. Il nous semble difficile de lui accorder une physionomie particulière. Si elle survient chez les hystériques avérés à la suite d'un choc émotionnel, le diagnostic est facile à faire. Dans les cas plus obscurs, il faudra simplement tenir compte de la diffusion de la douleur qui ne suit pas exactement le trajet du nerf sciatique et s'attacher surtout à la recherche des stigmates de l'hystérie; troubles de la sensibilité cutanée, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel.

Le diagnostic étant porté, on traitera la sciatique hystérique, comme l'on traite tous les accidents de la grande névrose, par l'hydrothérapie, le massage, l'électricité et la psychothérapie, pratiquée soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil hypnotique.

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Sciatique hystérique.

Raymond C..., vingt ans, chaudronnier.

Rien à signaler dans les antécédents. Pas de maladie infectieuse, pas de rhumatisme, de blennorrhagie, de syphilis, pas d'alcoolisme, ni d'intoxication.

Le malade a toujours eu un caractère très irritable. Crises de rire et de larmes très fréquentes.

Histoire de la maladie : Début, il y a deux mois, à la suite d'une chute sur le côté gauche. Trois jours après, apparition d'une douleur vague dans la cuisse et la fesse gauche. L'intensité de la douleur va en augmentant assez rapidement; le malade marche avec difficulté. De temps en temps, il éprouve quelques lancées dans la fesse et la cuisse gauche. Il entre à l'hôpital. Examiné à ce moment, on constate que la douleur accusée est vague, diffuse, n'a pas bien les caractères d'une vraie sciatique.

Deux ou trois jours après, notre malade assiste à l'examen d'un de ses voisins, atteint de sciatique, et, à partir de ce moment, son affection prend bien le type d'une sciatique.

Douleur continue sur tout le trajet du nerf sciatique.

Crises douloureuses spontanées, paroxystiques, survenant très fréquemment, cinq et six fois par jour, à la moindre excitation et sans cause même.

Points douloureux sur le trajet du nerf sciatique (échancrure sciatique, points fémoraux, péronier, malléolaire).

Signe de Lasègue positif. Bonnet également. On constate cependant que la douleur n'est pas simplement localisée au nerf lui-même; elle est plus étalée, plus diffuse; les masses musculaires sont sensibles à la pression. Le pincement de la peau éveille une douleur vive.

Enfin l'étude de la sensibilité objective est des plus intéressante. Sur le membre malade, la sensibilité à la piqure est à peu près normale; à

peine un peu d'hyperesthésie à la piqure à la face post de la cuisse. Sur le membre sain, on constate, au contraire, de l'hypoesthésie sur toute sa surface, et même à la face antérieure de la cuisse une plaque d'anesthésie large comme la paume de la main.

Cette anesthésie est facilement détruite. Une friction un peu énergique la fait disparaître.

Les réflexes sont tous normaux. Pas de troubles trophiques du membre malade.

Le sujet est franchement hystérique. Nous constatons, en effet :

- 1° Des zones d'hypoesthésie sur la moitié droite de la face et du corps ;
- 2° De l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive ;
- 3° De l'abolition du réflexe pharyngien ;
- 4° Du rétrécissement du champ visuel.

Traitement : On fait prendre au malade des pilules de belladone ; on lui fait du massage électrique. Il sort guéri de l'hôpital au bout de quinze jours de traitement.

CHAPITRE V

SCIATIQUES D'ORIGINE RÉFLEXE

Nous ne ferons que mentionner ces sciatiques auxquelles on donne le nom de sciatiques réflexes, qui sont symptomatiques d'une affection douloureuse éloignée. Ces sciatiques sont très rares, mais il existe des cas indéniables, comme par exemple le cas cité par Lisfranc. Il s'agit d'une sciatique coexistant avec un polype de l'utérus ; l'ablation du polype amena la guérison presque subite de la sciatique.

Le plus souvent c'est dans les affections utérines ou vésicales que l'on trouve des sciatiques réflexes ; mais dans ces cas, il est bien difficile de savoir si la sciatique est simplement réflexe ou s'il n'y a pas irritation directe du tronc nerveux.

N'ayant pas eu l'occasion d'examiner des sciatiques réflexes nous n'insisterons pas sur ce sujet ; nous dirons simplement qu'ici encore le traitement causal sera le meilleur, le seul réellement efficace.

CONCLUSIONS

1° La sciatique typique décrite par Valleix est très rare.

2° On peut classer les névralgies sciatiques suivant les idées émises en 1900 par M. le professeur Pitres en :

a) Sciatiques d'origine extra-fasciculaire.

b) Sciatiques d'origine fasciculaire.

c) Sciatiques d'origine radiculo-médullaire.

A chacun de ces groupes correspond un type clinique.

3° La sciatique d'origine extra-fasciculaire est caractérisée par une douleur spontanée, continue, surtout diurne, tout le long du tronc nerveux. Les paroxysmes n'existent pas. La recherche des points douloureux de Valleix, du signe de Lasègue est négative.

La toux et les efforts sont le plus souvent sans effet sur la douleur.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire, pas d'abolition des réflexes, ni de troubles de la sensibilité cutanée.

4° La sciatique d'origine fasciculaire comprend deux types distincts, suivant que la cause est extra ou intra-tronculaire.

a) Dans la sciatique fasciculaire de cause extra-tronculaire, la douleur est étendue à tout le tronc nerveux. C'est une douleur continue, surtout diurne avec peu de paroxysmes spontanés. La douleur provoquée, soit par la pression, soit par la manœuvre Lasègue est toujours très intense. La toux est sans effet le plus souvent. Il n'y a pas d'atrophie du membre bien marquée; la sensibilité cutanée est souvent modifiée ainsi que les réflexes achilléens.

b) La sciatique fasciculaire de cause intra-tronculaire est le plus souvent une névrite plus ou moins intense.

La douleur est continue, diurne et nocturne, progressivement croissante, avec de temps en temps quelques exacerbations. La douleur provoquée par la pression du nerf et la manœuvre de Lasègue est très vive.

Les troubles de la sensibilité cutanée sont très fréquents, de même que l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes.

L'amaigrissement du membre et l'atrophie musculaire sont de règle; ils sont plus ou moins marqués, suivant le degré d'altération de la fibre nerveuse. La force musculaire peut être diminuée, de même que l'excitabilité musculaire au courant faradique.

5° La sciatique radiculo-médullaire est fréquente. Elle est caractérisée par la topographie de la douleur, qui s'étend rarement tout le long du nerf sciatique; le plus souvent c'est la fesse et la face externe de la jambe qui sont douloureuses.

La douleur est continue, surtout nocturne, avec paroxysmes spontanés. La douleur provoquée est faible. Les points douloureux de Valleix sont rares ou peu marqués, de même que le signe de Lasègue. La toux, l'éternuement provoquent des élancements douloureux. Le membre peut être amaigri. Le plus souvent on constate des troubles de la sensibilité cutanée à topographie radiculaire.

6° Les sciatiques graves sont quelquefois des névrites, mais le plus souvent des sciatiques radiculaires.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
A. PITRES..

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 14 mars 1908.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- (1) COTUGNO. — *Commentarius de Ischiade nervosa. Napoli* 1764.
- (2) VALLEIX. — *Traité des Névralgies*, 1841.
- (3) ROMBERG. — *Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin* 1857.
- (4) LASÈGUE. — Considérations sur la sciatique. *Archives Générales de Médecine* 1864.
- (5) LANDOUZY. — De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer. *Archives gén. de Méd.*, 1875.
- (6) FERNET. — De la sciatique et de sa nature. *Archives gén. de Méd.*, 1878.
- (7) BOUILLY. — Contusion du sciatique. *Archives gén. de Médecine*, 1880.
- (8) ROZENSTEIN. — Cité par Homolle. *Dict. Jaccoud*, art. sciatique.
- (9) WORMS. — Sciatique diabétique. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2^e série, tome IX.
- (10) RAYMOND. — Névrite sciatique double. Cancer de la colonne vertébrale. *Archives gén. de Méd.*, 1886.
- (11) BRISSAUD. — Des scolioses dans les névralgies sciatiques. *Archives de Neurologie*, 1890.
- (12) SAUVAGES. — Goutte sciatique. *Nosologie*, t. II. Paris, 1771.
- (13) LAGRELETTE. — De la sciatique. Thèse de Paris, 1869.
- (14) ACHARD et SOUPAULT. — Sciatique et hystérie. *Gazette des Hôpitaux*, 21 juillet 1892.
- (15) BRUHL. — De la sciatique. *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1893.
- (16) BÉZIAT. — De la sciatique hystérique. Thèse de Paris 1894.
- (17) QUENU. — Sciatique des variqueux. *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 487.
- (18) NOTTA. — Étude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les névralgies. *Archives générales de médecine* 1854.
- (19) TROUSSEAU. — Cliniques. *Leçons sur les névralgies*, 1865.
- (20) HUBERT-VALLEROUX. — Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique. Thèse de Paris 1870.

- (21) PHULPIN. — La sciatique en particulier. Thèse de Paris 1895.
- (22) DUBARRY. — Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique. Thèse de Bordeaux 1903.
- (23) LORTAT-JACOB et SABARÉANU. — Sciatique radiculaire unilatérale. *Presse médicale*, 5 octobre 1904.
- (24) RÉGIS BERTHÉOL. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. Thèse de Paris 1905-1906.
- (25) PITRES. — Diagnostic de siège des excitations algésiogènes dans les névralgies. *Congrès international de médecine de Paris 1900. Section Neurologie*.
- (26) LARRE. — Thèse de Bordeaux 1895-1896.
- (27) GUINON et PARMENTIER. — Sur une complication de la sciatique. *Archives de Neurologie* 1890.
- (28) DUPONT. — Sciatique spasmodique. Thèse de Paris 1894-1895.

